

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

Dissertação

Perceção de envelhecimento pelos Idosos e atividade física

Flávia Freire Barros

Orientador(es) | Maria Elisa Rolo Chaleta

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia da Educação

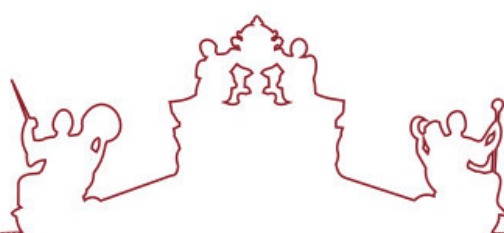
Dissertação

Perceção de envelhecimento pelos Idosos e atividade física

Flávia Freire Barros

Orientador(es) | Maria Elisa Rolo Chaleta

Évora 2020



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

- Presidente | Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora)
- Vogal | António Augusto Pinto Moreira Diniz (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Maria Elisa Rolo Chaleta (Universidade de Évora)

“Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo”.

(Charles Saint-Beuve)

Agradecimentos

A realização desta dissertação foi acompanhada pelas pessoas do meu coração. Por quem me diz muito e me faz continuar a acreditar nas minhas capacidades.

Um abraço de gratidão para a minha orientadora, professora Doutora Elisa Chaleta pela persistência em ler aquilo que lhe ia entregando. Pela incansável insistência e pela partilha de conhecimento. Foi e será um caminho bonito!

A todas as instituições que permitiram o realizar deste estudo, as pessoas que nelas trabalham e, o mais importante, os idosos que permitiram que isto fosse possível!

Aos meus pais e à minha irmã que sempre me lembraram das minhas obrigações. Longe ou perto sempre foram o meu porto de abrigo. Ao meu pai pela sabedoria, à minha mãe pelo amor incondicional e à minha irmã por ser o meu amor maior. Aos meus avós, a origem do meu Amor pelo Envelhecimento.

À minha bisavó e à minha avó por serem as estrelas mais bonitas do meu céu!

Évora: Évora do meu coração que me permites, hoje, agradecer a presença do melhor de mim: Ao Ricardo pelas cores, à Carina pelos sonhos, à Nadinha por ser o meu porto de abrigo, à Andreia pelo conforto mais bonito de sempre, à Juanita pela ajuda incansável e partilhas, à Carla por me fazer ter tantas saudades, à Catarina pela doçura que me abraça, à Valda pelos momentos mais plenos, ao Paulo de Jesus pela incansável vontade de me mostrar o que é ser mais e melhor.

Aqui, do meu pedacinho de céu, uma enorme gratidão pelo apoio da Carina, a minha fruta mais doce, à Tita pela maravilha de ter uma pessoa que me compreende, à Marisa pelas partilhas intermináveis, à Cátia pelo carinho, à Susy pela amizade verdadeira, à Patrícia pelos momentos que me fazem querer ser adulta, à Paula pela telepatia, ao Fábio pelas aventuras mais belas, ao Zé o meu velhote preferido, à Inês pelos sorrisos, ao André pelos sonhos.

Resumo

O envelhecimento bem-sucedido é uma das áreas de estudo com maior relevância na atualidade devido ao significativo aumento da população idosa e à necessidade de encontrar respostas mais eficazes para que o processo de envelhecimento decorra com qualidade de vida.

O presente estudo visa estudar a percepção dos idosos sobre o seu próprio processo de envelhecimento e autoestima na 3ª Idade, considerando a adesão à prática de atividade física. O estudo realiza-se com 40 idosos não institucionalizados com mais de 65 anos. O grupo de participantes é caracterizado por 20 praticantes de atividade física e 20 não praticantes. A recolha de dados apresenta uma componente qualitativa para conhecer a percepção dos idosos sobre o seu próprio processo de envelhecimento através de uma entrevista semiestruturada.

Os resultados apontam para uma visão do envelhecimento inerente às mudanças do mesmo que sendo considerado uma fase natural da vida se divide entre os ganhos e as perdas de mudanças físicas e psicológicas. A prática de Atividade física assume-se como um campo necessário ao bem-estar dos idosos bem como da sua autoestima sendo isso visível no grupo de praticantes.

Palavras-Chave: envelhecimento; percepção de envelhecimento; prática de atividade Física.

Abstract

Successful aging is one of the most relevant areas of study today due to the significant increase in the elderly population and the need to find more effective answers for the aging process to proceed with quality of life.

This study aims to study the perception of the elderly about their own aging process and self-esteem in the 3rd Age, considering the adherence to the practice of physical activity.

The study is conducted with 40 non-institutionalized elderly over 65 years. The group of participants is characterized by 20 physical activity practitioners and 20 non-practitioners. The data collection presents a qualitative component to know the perception of the elderly about their own aging process through a semi-structured interview.

The results point to a view of aging inherent in changes of the same being considered a natural phase of life is divided between the gains and losses of physical and psychological changes. The practice of physical activity is assumed as a necessary field for the well-being of the elderly as well as their self-esteem and this is visible in the group of practitioners.

Keywords: aging; perception of aging; physical activity practice.

Índice

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract.....	IV
Introdução	1
1.Enquadramento Teórico	3
1.1.Conceito de envelhecimento	3
1.2.Envelhecimento Ativo.....	3
1.3.Teorias do Envelhecimento	5
1.4. Perceção de Envelhecimento.....	9
2.Problema de investigação e objetivos.....	20
3.Método.....	20
3.1.Participantes	22
3.2. Instrumentos	25
3.2.1. Mini Mental State Examination (MMSE).....	25
3.2.2. Entrevista.....	25
3.3. Procedimentos	27
3.3.3. Recolha dos dados.....	27
3.3.4. Análise dos dados.....	27
4. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	30
4.1. Apresentação dos resultados obtidos nos temas	35
4.2. Análise do Tema I - Perceção do Envelhecimento.....	36
4.3. Análise do Tema II -Aspetos positivos e negativos do envelhecimento	43
4.4. Análise do Tema III - Prática de Atividade na Terceira Idade.....	51
4.4.3. Síntese e Discussão dos Resultados	56
5. Conclusão	56
Referências Bibliográficas.....	59
Anexos.....	69

Introdução

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2017) entre os anos de 2015 e 2080 o agravamento do envelhecimento demográfico irá manter-se apenas estabilizando daqui a 40 anos. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando em 2080 de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens.

No que se refere ao género, a população é constituída maioritariamente por mulheres que tendem a ter uma esperança média de vida mais elevada do que a dos homens. Em 2013, a nível mundial, registavam-se 85 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 60 até aos 80 anos, e 61 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 80 e mais anos (INE, 2015).

Em relação ao contexto português, o envelhecimento da população, fruto do aumento da esperança de vida e das baixas taxas de natalidade tem vindo a progredir rapidamente sendo, atualmente, um dos países mais idosos da UE28, o que tem conduzido a uma crescente atenção às políticas de envelhecimento ativo (Van Loo, 2011), ou seja, políticas que procuram a otimização de oportunidades ao nível da saúde, da participação e da segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que ocorre o processo de envelhecimento (WHO, 2017).

O envelhecimento, bem como todas as alterações daí decorrentes podem causar no indivíduo uma maior dificuldade em termos de inserção social. Alterações físicas, perdas sensoriais e défices cognitivos causam, em algumas circunstâncias, limitações ao nível da mobilidade e da independência com impacto particular nas atividades diárias, na vida social e no bem-estar. O indivíduo que mantenha a sua saúde funcional pode potenciar a sua realização bem como o seu desenvolvimento pessoal.

O processo de envelhecimento pode ser antecipado por fatores como o *stress*, a depressão, doenças e dificuldades económicas. Desta forma, é de salientar a necessidade de criação de respostas adequadas para o envelhecimento saudável e ativo da população idosa para estimular a sua independência, produtividade e integração na sociedade (Bekhet & Zauszniewski, 2014). Também a prática regular de atividade física pode contribuir para a saúde física e ser um facilitador de manutenção da vida social e do estado de espírito positivo, sendo que em Portugal apenas 35 % da população acima dos 65 anos (homens 46%; mulheres 29%) segue a recomendação de se exercitar, pelo menos, 30 minutos por dia (Santos e colaboradores, 2012). É neste contexto que se realiza a

apresenta dissertação, no sentido de contribuir para uma melhor compreensão da percepção do envelhecimento pelos próprios idosos e se existe variação entre os que praticam e não praticam atividade física.

Na fase inicial deste trabalho apresenta-se a revisão de literatura sobre os aspectos mais pertinentes relacionados com o envelhecimento. Muitas vezes as pessoas atribuem uma conotação negativa à palavra envelhecimento sem qualquer razão para isso porque envelhecer não é o mesmo que ficar doente ou dependente. Reconhecer os processos associados ao envelhecimento permite, a quem lida com idosos, ter uma resposta mais eficiente e mais eficaz às suas necessidades. No que se refere à prática da atividade física a investigação mostra que as pessoas com auto percepções negativas de envelhecimento tendem a não participar em atividades físicas (Emile e colaboradores., 2014). O estudo realizado por Mazo e colaboradores. (2009) mostra que os estereótipos criados face à idade e a fragilidade sentida e observada se traduzem numa barreira à prática da atividade física sendo necessário ter em conta as percepções de envelhecimento dos idosos e a forma como estas podem influenciar práticas importantes para as suas vidas. As percepções negativas sobre o envelhecimento podem ser um alvo de mudança e trabalhadas com os idosos com vista ao seu bem-estar (Freeman e colaboradores, 2016). O conhecimento sobre a relação existente entre a autopercepção de envelhecimento e a prática de atividade física será fundamental para criação de propostas de intervenção neste domínio (Lopes e colaboradores., 2016), devendo assumir um carácter socio educacional onde o processo de envelhecimento não seja apenas visto como o declínio das funções e vitimização dos sujeitos mas sim como contributos culturais, pessoais e sociais de formas autónomas de vida nos seus contextos (de Castro, Lima & Duarte, 2016).

No sentido de conhecer a percepção dos idosos sobre o envelhecimento e compreender a influência da prática de atividade física nessa mesma percepção realizámos um estudo qualitativo com quarenta participantes (número igual de participantes do sexo feminino e do sexo masculino e, também, de praticantes e não praticantes de atividade física). Os dados obtidos foram submetidos a análise de conteúdo temática e categorial e onde os resultados apontam para a apresentação de três temas: Tema I “Percepção do Envelhecimento”, Tema II “Características do Envelhecimento” e Tema III “ Prática de Atividade Física na 3ª Idade”.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Conceito de envelhecimento

O envelhecimento apresenta-se como um processo dinâmico e progressivo onde se vivenciam modificações morfológicas, funcionais, físicas e psicológicas que vão determinar progressivamente a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio, provocando níveis de maior vulnerabilidade e ocorrência de processos patológicos (Netto, 1996).

Sendo um processo natural ao longo da vida o envelhecimento não pode ser visto como ausência de saúde ou início da doença. Envelhecer é um fenómeno normal e universal, que tem associado i) fatores externos como o estilo de vida e fatores ambientais e ii) fatores internos como o código genético e o estado de saúde (Pinto, Fernandes & Botelho, 2007)

O envelhecimento deve sim integrar um conjunto de domínios de desenvolvimento, isto é, alterações de modo universal (multidimensional) atendendo a uma sequência, que varia de acordo com as características dos indivíduos (multidirecional); o envelhecimento é determinado de acordo com os diferentes domínios e influências com impacto no processo de maturação (multideterminado). Assim, é fundamental compreender de forma holística os aspetos individuais e coletivos da vida do sujeito e a consciência da realidade que remete para as diferenças sentidas no processo de envelhecimento, uma vez que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma. Reforçando as ideias anteriormente referidas Araújo e Lucena (2010) alertam para não se considerarem somente os processos biológicos, psicológicos ou história de vida mas integrar o produto das atitudes, expectativas e ideais expressos pela sociedade/cultura em que o indivíduo se movimenta e que acolhe o seu envelhecimento. O envelhecimento não deve ser apenas encarado como diminuição da funcionalidade mas como um processo multifacetado, uma reação à mudança, à doença e ao ambiente que determinam um conjunto de mudanças intrínsecas que conduzem ao enfraquecimento das capacidades e recursos.

1.2. Envelhecimento Ativo

O aumento populacional dos idosos traduziu-se na necessidade de melhorar a sua qualidade de vida para que estes possam manter a sua dignidade e respeito. Para tal, face a emergência desta realidade, torna-se necessário um maior esforço na criação de

estruturas e mecanismos que possam dotar o idoso de capacidades e responsabilidades capazes de proporcionar um envelhecimento ativo e participativo.

Nos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o conceito de envelhecimento ativo e definiu-o como “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida à medida que se vai envelhecendo” (OMS, 2002). O envelhecimento ativo é, assim, a busca do desenvolvimento e a procura de manutenção da funcionalidade das pessoas idosas tendo como resultante o bem-estar mesmo na presença de doença dado que nesta faixa etária é normal o aparecimento de patologias (OMS, 2015).

Este modelo de envelhecimento ativo depende de fatores organizados sob a forma de “determinantes”. Um desses determinantes remete para a esfera comportamental, a qual inclui os “estilos de vida saudáveis” que prevê a prática regular de atividade física como parte envolvente de um estilo de vida saudável. Reflete a importância que as perspetivas psicológicas de natureza contextualista têm vindo a sugerir ao nível da compreensão dos mecanismos de adaptação no envelhecimento. O objetivo passa por aumentar a expectativa de uma vida saudável e promover a qualidade de vida para todos os idosos, considerando o idoso como pró-ativo, consciente da realidade e capaz de delinear os seus objetivos lutando para alcançá-los, capaz de reunir recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do seu bem-estar (OMS, 2013).

O modelo do envelhecimento bem-sucedido ou ativo preconizado por Baltes e Baltes (1990) explora o balanço entre ganhos e perdas, recorrendo ao modelo de otimização seletiva com compensação, como explicação do processo adaptativo na capacidade de envelhecer com êxito e na modificação da regulação da identidade pessoal. O padrão definido por este modelo enuncia a preservação de um estilo de vida saudável, que procura reduzir a probabilidade de condições patológicas e evidencia a importância de uma visão otimista da vida, compensando as perdas (Fonseca, 2005).

A OMS (2002) tem como objetivo educar a sociedade e diferentes órgãos para encarar o envelhecimento como um processo de otimização de oportunidades quer a nível de saúde, participação ou segurança, com a missão de melhorar a qualidade de vida com o passar do tempo, sendo que este conceito não se restringe somente aos idosos, mas ampliado a todas as pessoas de modo a perceberem e entenderem o seu potencial físico, social e mental incluindo atividades que fomentem a participação ativa em questões de carácter nacional como a economia, cultura, vivência espiritual ou cívica e definição de

políticas sociais (Mota, 2010). Esta linha de ação vai ao encontro dos princípios integrantes do envelhecimento bem-sucedido ou ativo, que se estende ao conjunto de fatores que capacitam o indivíduo para um funcionamento ativo a vários níveis.

Rowe e Kahn (1997) caracterizam o envelhecimento ativo pela baixa incidência de doenças ou incapacidades no âmbito da prevenção e redução de riscos que as doenças acarretam. Procuram fomentar no idoso um funcionamento físico e mental elevado para que este consiga manter a autonomia e independência face aos outros e à prestação de cuidados, bem como capacidades cognitivas e mentais. Consequentemente, no esforço de diminuir o risco de contrair doenças, pretende-se que a pessoa estabeleça uma rede de relações sociais consistentes (influenciadas pela longevidade e saúde) aumentando a esperança de vida.

Um importante fundamento está associado à tomada de consciência relativa à responsabilidade pessoal e social do sujeito no sentido deste conduzir a sua velhice de forma agradável, digna e de acordo com os seus interesses orientados para atividades e assuntos que o motivem (assuntos políticos, sociais e culturais), assim como ter uma participação ativa na sociedade, tendo liberdade para expressar a sua opinião, com o respeito para ser escutado, participar em eventos e atividades que sejam significativas e contribuam para o enriquecimento do seu quotidiano, com os quais se identifique como pessoa e que o valorizem. Isto implica orientações políticas para se enfrentarem os desafios ligados ao envelhecimento e ao aumento da longevidade em torno de três pilares: integração, segurança e saúde suscetíveis de potenciar o bem-estar biopsicossocial tendo em conta a perspetiva do ciclo de vida e a antecipação de situações de risco ou procura na prevenção das mesmas (Bárrios & Fernandes, 2014).

O bem-estar físico e psicológico da população idosa assume um papel crucial no âmbito do conceito de envelhecimento (Laidlaw & Pachana, 2009). A manutenção de um estilo de vida saudável e o envolvimento em atividades estimuladoras, físicas e mentais (Baltes & Schaie, 2013) permitirá uma melhoria da qualidade de vida e a manutenção de autonomia e independência do sujeito (Fernandez-Ballesteros, 2009).

1.3. Teorias do Envelhecimento

Erikson (1950, 1980), na sua descrição do ciclo de vida, abrange o envelhecimento considerando que este faz parte do processo de desenvolvimento que ocorre desde que nascemos até à morte. O último estágio de desenvolvimento (velhice) denominado como

“integridade versus desespero” está presente no desenvolvimento bem-sucedido. Neste estágio o indivíduo dedica tempo à reflexão e revisão daquilo que viveu e será de esperar que sinta aceitação pelo que vivenciou sem remorsos, bem como ausência de desespero face à morte. É, por isso, um dos estádios mais exigentes pois visa grandes momentos de reflexão que podem ser depois traduzidos em sensações de dever cumprido, de usufruto do tempo de experiência de vida em prol de viver bem o tempo que ainda resta. Desta forma, aquilo que se espera obter e alcançar é a sabedoria que inclui um grande poder de aceitação daquilo que o rodeia.

A falta de integridade do ego, por sua vez, remete para o desespero, o medo de morrer, a sensação de já ser tarde de mais para fazer alterações bem como arrependimentos e uma visão amarga sobre os anos que passaram. Associam-se o medo e a tristeza face o processo de envelhecimento.

Um dos grandes seguidores de Erickson, McAdam (1993), defende que a identidade de uma pessoa se avalia através da sua história, ou seja, da narrativa que desenvolve ao longo do ciclo de vida. Neste contexto delineou sete características essenciais de uma história de vida que estabelecem ligação aos estádios de desenvolvimento. Dessas sete, uma delas refere-se à adultez tardia que considera que até ao fim da vida estamos aptos para fazer uma revisão e construir a nossa história de vida tendo em conta as mudanças, ainda presentes. Assim, torna-se mais relevante fazer uma revisão do que propriamente uma construção inicial da história pois, aqui, o objetivo é a avaliação do que foi sendo criado e vivido. Neste caso pode ocorrer a sensação de satisfação com a história, o desespero ou a negação da história. É importante que as pessoas relatem as suas histórias de vida pois elas são educativas, são fruto de vivências e, a par disso, todos desejam ter uma história que seja digna de ser ouvida (McAdams, 1993).

O desenvolvimento é assim um *continuum* do passado e, como qualquer período de desenvolvimentos, o processo de envelhecimento implica ganhos e perdas, sendo que os ganhos e as perdas são mais intensos em alguns ciclos de vida do que em outros. Na fase da velhice são mais notórias as perdas do que propriamente os ganhos.

O paradigma *lifespan* considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões, sendo marcadamente dinâmico, transicional e contextualista (Baltes & Smith, 2003). O paradigma compreende uma sequência de mudanças genético-biológicas previsíveis ao longo do ciclo de vida (mudanças graduadas por idade), de mudanças psicossociais resultantes dos processos de socialização (mudanças graduadas por história) e uma sequência não previsível de eventos biológicos e sociais denominadas de influências não

normativas (Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980). Posteriormente, estas componentes foram sistematizadas em três princípios que evidenciam que i) a arquitetura da ontogenia e a interação entre fatores biológicos e socioculturais mudam ao longo da vida, ii) a alocação de recursos ao longo da vida varia por relação com crescimento (na infância) e a manutenção e regulação das perdas (velhice) e iii) existe uma atuação sistemática dos mecanismos de seleção, otimização e compensação ao nível do desenvolvimento e do envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Smith, 2003).

Podemos considerar como um dos maiores contributos do paradigma *lifespan* os princípios resultantes da investigação sobre os padrões de desenvolvimento intelectual na velhice e sobre a modificabilidade cognitiva mediante treino. Podemos aqui considerar o modelo bidimensional de Horn e Cattell (1966) que propõem os conceitos de inteligência fluida, isto é, capacidades mentais primárias como indução, flexibilidade figurativa e integração passíveis de observação a partir da proficiência em tarefas verbais com controle de tempo e que vão declinado com a idade em resultado das mudanças neurológicas ou influenciadas por doenças ou acidentes e inteligência cristalizada, ou seja, capacidades e processos intelectuais adquiridos a partir da interação da experiência com as capacidades fluidas que determinam a compreensão verbal, a formação de conceitos e o raciocínio lógico ou geral que não declina com a idade podendo mesmo apresentar progressos desde que as capacidades fluidas não sofram significativo declínio patológico e existam oportunidades socioculturais.

Através da sua investigação, Baltes (1997) procura integrar duas abordagens, uma mais holística e centrada na pessoa e outra mais focal e centrada na função. A abordagem centrada na pessoa considera a pessoa como um sistema e procura descrever um padrão global para o desenvolvimento ao longo da vida. A abordagem centrada na função centra-se nos traços de personalidade e procura descrever as mudanças comportamentais ao longo da vida (Baltes & Smith, 1999).

Baltes (1997) define um conjunto de princípios para o desenvolvimento intelectual na vida adulta e na velhice. Considera o desenvolvimento como um processo ontogenético que envolve mudanças que se traduzem no declínio progressivo das capacidades intelectuais dependentes do funcionamento neurológico, sensorial e motor que vão diminuindo a plasticidade comportamental. Estas mudanças não significam descontinuidade da capacidade adaptativa e incompetência cognitiva generalizada pois podem ser compensadas pelas reservas resultantes da experiência que podem ser ativadas e otimizadas para compensar o declínio ao nível do processamento de informação. O

envelhecimento intelectual é visto como uma experiência heterogênea dado que pode ocorrer de modo diferente nos indivíduos, uma vez que vivem em contextos históricos e sociais diferentes. Podem ser observados diferentes padrões de envelhecimento intelectual que vão do mais normativo e comum à maioria das pessoas, ao patológico e ao ótimo. Segundo Lima (2017), o processo de envelhecimento é assim multidimensional e multidirecional uma vez que as diferentes capacidades começam a sofrer mudanças em diferentes momentos e com diferentes resultados tendo em conta as diferenças individuais como as características de personalidade e os fatores biológicos, históricos e educacionais. A inteligência pode mudar qualitativamente ao longo da vida adulta e velhice sempre que existam oportunidades culturais e a otimização do desempenho intelectual nos idosos é possível mediante intervenções com base em treino cognitivo (educacional, clínico ou experimental). Tem ainda influência no processo de envelhecimento o conhecimento de si, as crenças sobre o próprio comportamento, as metas pessoais e as emoções e graças à ação dos mecanismos de seleção, otimização e compensação (individuais ou culturais) o processo de envelhecimento não significa necessariamente declínio.

Baltes e Smith (1997) consideram que os benefícios da evolução decrescem à medida que vamos envelhecendo, da mesma forma que a necessidade de cultura vai aumentar com o envelhecimento (capacidades cognitivas, documentos escritos ou tecnologia), isto porque com o envelhecer a nossa necessidade do papel de suporte e contributos da cultura aumentam. Mesmo existindo alguma plasticidade na velhice a eficácia da cultura vai diminuindo com a idade pois os indivíduos começam a ter cada vez mais perdas o que não permite compensar os ganhos pois há fatores associados como as alterações físicas e cognitivas, a aproximação da morte e a vontade de voltar atrás no tempo.

Neste contexto surge o modelo SOC (seleção, otimização e compensação) de Freund e Baltes (1998) que permite perceber como as pessoas chegam ao sucesso e afastam os resultados negativos. É um modelo de desenvolvimento que varia de acordo com o contexto ou os interesses. A seleção tem sempre presente objetivos, tendo em conta uma capacidade limitada e análise dos recursos disponíveis sendo que essa seleção implica desistir de certos objetivos. Quando ocorrem perdas e algo se torna impossível, existe novamente a seleção que se baseia na perda onde se investem os recursos ainda existentes deixando para trás os objetivos não tão importantes (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 1998; 2002). A otimização passa pelo aperfeiçoamento daquilo que foi

selecionado considerando os objetivos e, para isso, a aplicação dos meios existentes. É onde se canalizam esforços e se utilizam os melhores meios para atingir uma meta, sendo uma etapa de perseverança e de esforço no processo de envelhecimento. Por último, a compensação, que pode ser interna e resultar na mudança de objetivos, ou externa, permitindo que se obtenha o que foi selecionado como forma de complementar a otimização. Quando alguma coisa, seja externa ou interna, não nos permite chegar onde queremos e se, mesmo assim, isso pode ser remediado, então ocorre o chamado efeito de compensação (um contra investimento).

O modelo SOC é complementado pela Teoria de Seletividade Socio Emocional de Carstensen (1991) que considera que as pessoas são guiadas ao longo do seu ciclo de vida por um conjunto de objetivos socio emocionais que vão sendo hierarquizados ao longo da vida. Na velhice os sujeitos vão priorizar os objetivos que sejam alcançáveis no *agora* e que permitam desfrutar de um significado emocional, onde estão em destaque as relações sociais próximas e significativas. Para exemplificar, quando somos mais novos os nossos objetivos podem estar mais direcionados para o futuro e com obtenção de algo ao fim de algum tempo. No entanto, na velhice, existe um futuro reduzido e a experiência atual é sobrevalorizada. São priorizados os interesses que envolvem benefícios pessoais imediatos com maior valorização dos conteúdos emocionais positivos e evitamento de estados emocionais negativos (Carstensen e colaboradores 2000).

1.4. Perceção de Envelhecimento

O envelhecimento está na nossa cultura, desde sempre, associado a preconceitos, estereótipos e imagens negativas (Ron, 2007) que permanecem na sociedade e que são suscetíveis de influenciar a própria autoperceção de envelhecimento na população idosa (Levy, 2008).

O envelhecimento pode variar tendo em conta o estilo de vida, os recursos existentes na população, a cultura, bem como a visão do próprio indivíduo, sendo a sua capacidade de adaptação quer mental quer física um fator crucial (Klusmann, Schwarzer & Heuser, 2011). A forma como os idosos interagem no seu meio e a sua personalidade são, também, dois fatores que vão interferir na forma como percebem e vivem o envelhecimento (Lopes e colaboradores 2016). Em geral, o envelhecimento tem associado um decréscimo das atividades diárias podendo ser visto como uma etapa de

maior vulnerabilidade e de uma crescente dependência aos familiares ou como o caminho para a obtenção de sabedoria, bom senso e serenidade (Fechine & Trompieri, 2015).

Pensar na fase de envelhecimento é, por norma, indesejável para os indivíduos, pois envolvem pensamentos negativos como sentimento de falta de esperança, conformidade e passividade. Isto traduz-se numa visão em que os idosos são encarados como um peso na sociedade e, muitas vezes, rotulados como incapazes e inúteis (Neri, 2007).

Estes estereótipos entendidos como crenças ou expectativas que são desenvolvidas através de uma característica comportamental ou de personalidade, abrangendo muitas vezes uma faixa etária mais jovem, surgem sem que o próprio indivíduo tenha uma visão ou consciência sobre isso acompanhando-o ao longo do ciclo de vida (Levy, Slade, & Kasl, 2002; Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002; Wurm, Wolff e colaboradores., 2015) e são influenciados por alterações ao longo do envelhecimento (Levy & Myers, 2004) e pela sua experiência de vida relacionadas com influências da família e aspectos sociais e culturais (Ron, 2007). Os próprios jovens são muitas vezes influenciados pelos estereótipos negativos associados ao envelhecimento, caracterizando o mesmo como negativo levando a que os mais velhos interiorizem esta informação e construam uma auto-imagem negativa (Kotter-Grühn & Hess, 2012; Pinguart, 2002). Estes estereótipos ficam internalizados no *self* e, mais tarde, podem tornar-se auto estereótipos que se foram construindo desde a juventude e que vão influenciar a forma com a pessoa (re)vê o envelhecimento.

As auto percepções de envelhecimento, originárias nos estereótipos da sociedade, indicam um constructo multidimensional que vai abarcar a satisfação com o envelhecimento, a idade subjetiva, o bem-estar, a saúde e a funcionalidade (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009; Levy e colaboradores., 2002a; Montepare & Lachman, 1989). Estes estereótipos não são unicamente originários de jovens pois também os idosos têm em mãos um papel ativo na categorização do grupo social a que pertencem (Kotter-Grühn & Hess, 2012). No entanto não estão apenas associados estereótipos negativos ao envelhecimento (Hummert, 1990) pois o mesmo pode ser visto como existência de maturidade emocional, utilização de estratégias pró-ativas (Barros de Oliveira, 2010), abertura, aceitação, o aumento do tempo livre, o respeito, calma e sabedoria (Ron, 2007).

À medida que se envelhece os estereótipos e as expectativas sobre esta etapa da vida podem enraizar-se, representando satisfação com o envelhecimento (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008) no entanto a proximidade da morte e o

declínio físico e cognitivo tendem a acentuar alguma decadência na auto percepção do envelhecimento (Kotter-Grühn e colaboradores., 2009). Os estereótipos negativos resultam do processo de idadeísmo que se baseia, essencialmente, na idade cronológica. As pessoas são categorizadas pela sociedade e isso irá influenciar a forma como depois se avalia a si próprio no decurso do processo de envelhecimento (Ballesteros e colaboradores., 2013)

Alguns autores, afirmam que quando um idoso se compara a outros sujeitos também com idade avançada mas com um pior funcionamento e em condições que este considera mais negativas isto causa uma avaliação mais positiva de si mesmo (Pinquart, 2002). Em contrapartida, pessoas que desenvolvem visões mais negativas sobre o envelhecimento têm tendência para incluir estereótipos na sua própria visão do processo de envelhecimento (Kotter-Grühn e colaboradores., 2009).

Auto percepções do envelhecimento positivo podem ser vistas como uma negação do fenómeno de envelhecimento (Kotter-Grühn e colaboradores., 2009) ou então, podem traduzir uma melhoria na adaptação em situações de perda (Levy, 2003) relacionadas com a idade, traduzindo melhor resiliência, bem-estar e adaptação às alterações que vão decorrer ao longo do processo (Kotter-Grühn e colaboradores., 2009).

Lima e Murai (2005) consideram que o envelhecimento, por si só, está associado a doenças e a incapacidade tanto física como mental o que determina que questões como o sentimento de exclusão e inutilidade estão presentes nas percepções dos idosos. A pouca importância dada ao idoso transmite-lhe sentimento de perda de dignidade, falta de reconhecimento pelos seus direitos e, em muitos casos, a reforma pode assumir, também, um dos principais fatores na percepção negativa do envelhecimento pois esta remete para um sentimento de desvalorização e uma perda de identidade profissional (Alvarenga, Bitencourt & Wanderley, 2008).

Segundo Vilela, Carvalho e Araújo (2006) quando o envelhecimento está diretamente ligado a um caso de doença o idoso irá considerar o mesmo de forma negativa, no entanto existem idosos que mesmo em situações de doença têm representações positivas do envelhecimento pois centram-se na família e na ainda presente autonomia para realizar as tarefas diárias. À partida, idosos que tenham um bom contexto familiar, social e cultural podem reagir às modificações do envelhecimento de maneira mais positiva.

A percepção que os idosos têm ajusta-se a uma representação de origem cognitiva onde o processo é baseado na experiência de compreensão, uma compreensão própria e

utilizada para interpretar comportamentos. A percepção do envelhecimento é, assim, originária na compreensão do processo de envelhecimento, ou seja, a forma como os idosos o interpretam. As auto percepções podem, desta forma, ser consideradas como um risco psicológico porque existe a possibilidade de serem inadequadas e influenciarem a vivência do idoso. As dimensões do envelhecimento são diversas e sujeitas a diferentes percepções, onde se vivenciam alterações físicas e psicológicas. Isto causa auto percepções que variam e que podem levar a atitudes e comportamentos distintos dado a dimensão psicossocial do processo. Os indivíduos idosos são possuidores de muitas experiências anteriores que podem influenciar a interpretação de novas experiências. O nível de entendimento do próprio indivíduo também irá influenciar o significado que atribui ao envelhecimento que é multidimensional e complexo (Barker e colaboradores., 2007).

Para cada idoso o envelhecimento vai sempre apresentar percepções distintas, alguns percebem ganhos como integridade e satisfação com a vida e alguns têm medo de envelhecer, de se tornarem dependentes, ficarem sozinhos, inativos e até mesmo de morrerem. Também as perdas físicas e psicológicas assumem uma preocupação relevante (Silva et e colaboradores., 2012) pelo que o processo de envelhecimento vai envolver sentimentos positivos e negativos relacionados, muitas vezes, com experiências e memórias passadas.

Um estudo realizado por Guerra e Caldas (2010) conclui que os idosos consideram o envelhecimento positivo pelas experiências de vida adquiridas, pela conquista de uma vida melhor e de mais autonomia a nível financeiro. Negativamente, apontam as alterações fisiológicas sentidas pelo aparecimento de doenças e as limitações que as mesmas implicam. Também o apoio social é um fator muito importante para uma percepção do envelhecimento positivo pois segundo Areosa, Benitez e Wichman (2012) os idosos que possuem grupos sociais de suporte e recebem mais incentivos são os que apresentam melhor saúde física e mental.

As auto percepções de envelhecimento, quer sejam negativas ou positivas, podem ter muitas influências na população idosa a todos os níveis. Estão relacionadas com uma morbilidade acrescida e com uma mortalidade mais precoce (Baker e colaboradores., 2007; Levy, 2008; Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009). Já os idosos que se percebem como mais jovens mostram uma maior satisfação com o envelhecimento, uma maior capacidade de adaptação ao processo e menos atribuição a mudanças com a idade encarando-as como parte do ciclo natural da vida (Levy, 2003).

Segundo Kotter-Grühn e colaboradores (2009), em relação ao gênero, os homens são mais positivos na percepção de envelhecimento do que o gênero feminino, pois os homens são mais positivos relativamente à sua condição física e doenças.

Os indivíduos que apresentem melhores percepções de saúde irão ter um maior envolvimento nos comportamentos promotores de saúde como manutenção de um estilo de vida saudável e prática de Atividade Física. Quando existem percepções negativas acerca do envelhecimento estas estão ligadas com decréscimo na autoestima, satisfação com a vida, saúde e funções cognitivas e físicas (Robertson e colaboradores., 2015). O sentimento de fragilidade pode ser causado pela percepção negativa de envelhecimento bem como a pouca prática de atividade física, declínios cognitivos e o pouco envolvimento com a sociedade (Robertson e colaboradores., 2013).

Um estudo realizado por Robertson & Kenny (2016) comprovou que idosos com percepções negativas de envelhecimento experienciam tanto sintomas de fragilidade como de declínio cognitivo tendo falhado nas estratégias de *coping* para lidar com as mudanças consequentes do envelhecimento, ocorrendo também redução na prática de atividades físicas e sociais. Este grupo de idosos, com percepções negativas de envelhecimento, mostravam-se mais propensos a vivenciar situações de stress, ansiedade e depressão (Levy e colaboradores., 2014; Wurm & Benyamini, 2014) bem como uma associação negativa ao funcionamento das funções executivas (Robertson e colaboradores., 2015). É possível que as percepções negativas afetem apenas domínios que estão dependentes dos processos de controlo cognitivo e *top-down* como a atenção e as funções executivas (Robertson & Kenny, 2016).

Um estudo de Freeman e colaboradores (2016) demonstrou que indivíduos com percepções negativas de envelhecimento tendem a ter um olhar sobre o futuro e sobre as dificuldades mais negativo. As pessoas com uma percepção negativa vão, identicamente, ter menos cuidados com a saúde e dessa forma vão sempre identificar algum acontecimento negativo como culpa da idade. Pessoas com percepções negativas do envelhecimento podem, então, achar que são demasiado velhas para fazer algumas atividades como por exemplo a prática de atividade física ou atividade de estimulação cognitiva (Robertson & Kenny, 2016).

Os idosos estão mais propensos a internalizar sentimentos de inutilidade quando percebem o seu declínio e menor importância para os outros em situações em que a vida social, as atividades produtivas, o suporte e a saúde física se encontram comprometidos. A inutilidade percebida é uma componente central da auto-percepção que pode reforçar

estereótipos, desigualdades estruturais e padrões de comportamento em pessoas mais velhas e que tem influência em pensamentos, sentimentos e comportamentos. Pessoas com sentimentos de inutilidade pensam que não têm nada para transmitir aos outros, e podem tornar-se mais descuidadas com a sua saúde pelo seu sentimento de serem um fardo para a sociedade e para as famílias (Gu, Dupre & Qiu, 2017).

Em estudos realizados considerando os níveis de escolaridade e a situação socioeconómica verificou-se que estes fatores podem levar a uma maior perceção negativa do envelhecimento (Jang e colaboradores., 2004). É, por isso, importante que se trabalhe no sentido da manutenção de uma perceção positiva de envelhecimento de modo a que os idosos se sintam mais ativos, com melhor auto estima e mais envolvidos em atividades sociais e físicas (Gu, Dupre & Qiu, 2017), pois a perceção positiva de envelhecimento leva a maior participação em atividades físicas (Emile e colaboradores., 2014).

1.4. Envelhecimento e Prática de Atividade Física

A prática de Atividade Física é tida como o movimento corporal causado voluntariamente que resultará num gasto energético e que está englobada em atividades como o desporto moderado, caminhadas, atividades domésticas entre outras (Taraldsen, Chastin, Riphagen, Verejken & Helbostad, 2012).

Globalmente, a prática de atividade física tem estado a ser desvalorizada e pouco praticada (WHO, 2012; Ng & Popkin, 2012) devido às tarefas diárias e a novas ocupações de lazer.

Apesar de estar comprovado que a prática de atividade é estimuladora de uma boa qualidade de vida e de redução de doenças ligadas ao envelhecimento bem como melhora o funcionamento físico e mental durante as atividades diárias normais (Westerterp & Meijer, 2001) a maioria das pessoas idosas não pratica atividade física e desconhece os benefícios que podem estar associados a esta prática.

Algumas das consequências sociais da deterioração do estado de saúde e da funcionalidade, dos estados depressivos e da baixa autoestima dos idosos são resultantes de isolamento, inatividade e atitude regressiva perante a sociedade (Llano, 2004), ao que se associa a diminuição da autoestima e da perceção da autoeficácia (Mazo, Cardoso & Aguiar, 2006).

A questão de Prática de Atividade Física em idosos é controversa devido ao facto de estes perderem capacidades que lhes permitam a sua execução tão eficazmente como antes, ou seja a intensidade enfraquece, têm uma prática de menos duração e a frequência como que é praticada também pode diminuir. Existe, inclusive, por parte dos idosos, a dúvida se assim ainda terão benefícios com essa prática ou com o começo da mesma, quando tem um começo tardio (Du e colaboradores, 2015).

A Atividade física é um importante fator para um envelhecimento bem-sucedido e ajuda a prevenir o declínio funcional e cognitivo associado ao processo de envelhecimento (Paterson & Warburton, 2010). No entanto, apesar dos benefícios comprovados 60% das pessoas com 65 anos ou mais não praticam qualquer tipo de Atividade Física (Hallal e colaboradores., 2012).

A inatividade física foi definida como não atendendo a nenhum dos três critérios: 30 minutos de intensidade moderada de atividade física no mínimo 5 dias por semana; 20 minutos de atividade física intensa pelo menos 3 dias por semana ou o equivalente a 600 minutos por semana (OMS, 2011). Esta inatividade pode ser explicada por condições físicas, materiais, sociais e psicológicas bem como a percepção negativa do envelhecimento (Chalabaev e colaboradores., 2013).

Com o avançar da idade as pessoas idosas perdem capacidades funcionais do organismo, diminuição de capacidades físicas e de nível social que vão influenciar na prática de atividades físicas. A inatividade física acelera o declínio humano, a incapacidade funcional, perda de qualidade vida e aparecimento de doenças como obesidade (Hirvensalo & Lintunen, 2011; Bonsdorff & Rantanen, 2011).

As próprias mudanças fisiológicas do envelhecimento, a par de uma inatividade física, podem desencadear processos patológicos que causam no idoso uma maior e progressiva perda de autonomia e independência. Os idosos que preservam uma continuidade da vida ativa ao longo do desenvolvimento podem usufruir de benefícios na saúde, autonomia e independência (Mammen & Faulkner, 2013). A diminuição desta prática com a idade é notória, sendo a taxa de inatividade mais elevada em pessoas com mais de 65 anos (Faria e Marinho, 2004). Verifica-se, inclusive, que as exteriorizações de envelhecimento são percebidas de forma diferente pelos indivíduos (Jentoft, 1999) e em função da idade são atribuídas novas normas, posições, oportunidades ou restrições (Costa & dos Santos, 2014).

O sedentarismo no idoso é, na generalidade, o resultado de imposições culturais e sociais mais do que propriamente uma questão de capacidade funcional física e de

continuidade (Costa & dos Santos, 2014) e da visão da prática de Atividade Física como inadaptada a este escalão etário (Carvalho, 2002). O mesmo pode ter origem em fatores como a idade, a auto percepção negativa (Levy e colaboradores., 2002), a crença de que o declínio é inevitável a que se associa ausência de satisfação com a vida (Codina, Pestana, & Armadans, 2013; Sarkisian e colaboradores., 2002). A inatividade física surge como um dos fatores decisivos de incapacidade física nos idosos (Fielding e colaboradores., 2011). Por sua vez, a atividade física regular tem sido tida como um dos fatores que mais prediz um envelhecimento saudável (Ramalho e colaboradores., 2011). A população idosa está reconhecida como a faixa etária com mais sedentarismo e inatividade física (Paterson & Warburton, 2010).

Sendo que a prática de Atividade Física deve estar presente na rotina diária, apenas 31 % das pessoas idosas entre os 65 e os 75 anos se regem por esta recomendação. Pessoas com mais de 75 anos apresentam um valor de 20%, como tendo inatividade física, sendo que as mulheres tendem a ter mais dificuldade em seguir as recomendações para a prática de Atividade Física (Paterson & Warburton, 2010). O desconhecimento dos benefícios da prática de atividade física bem como o medo do desconhecido podem ser fatores para o sedentarismo nos idosos sendo que esta faixa etária já está propensa a ser menos ativa. O facto de a população idosa não praticar Atividade Física pode estar, também, relacionado com o nunca terem sido estimulados nem adquirirem hábitos da prática nos momentos de lazer (Hirvensalo & Lintunen, 2011).

Muitas vezes, a proteção da família, os conselhos dos médicos bem como dos cuidadores podem incutir receios que acabam por estimular uma vida mais sedentária. Em muitos casos os idosos ainda conseguem fazer a sua rotina diária e as suas atividades, mas, como forma de os ajudar, os cuidadores acabam por se deixar substituir por eles e isso acaba por não ser benéfico. A perda do marido ou mulher também é um fator que prediz uma redução da prática de atividade física (Lopes e colaboradores., 2016). A forma como os idosos encaram as suas experiências de vida bem como o mundo que os rodeia pode ser um entrave para a prática de Atividade Física quando vistos de uma forma negativa. De um modo geral os idosos afirmam que poderiam praticar atividade física, mas que a falta de vontade, a disposição e as condições físicas já não o permitem (Meurer e colaboradores., 2011).

O bem-estar psicológico é fundamental para a qualidade de vida do idoso porque mantém o desejo de ser produtivo, independente e de desenvolver uma interação ativa com a sociedade. Deste modo, as alterações psicológicas ligadas ao envelhecimento

devem ser combatidas com uma vida saudável, privilegiando atividades que levem os idosos a contrariar o isolamento e a relacionarem-se com outras pessoas, encontrando novos papéis na sociedade (Costa & dos Santos, 2014). A relação entre atividade física e bem-estar subjetivo é complexa, contribuindo para essa complexidade o facto de existirem um número variado de tipos e formas de atividade física. O exercício e desporto pode referir-se a uma atividade coletiva ou individual, competitiva ou recreativa, a uma atividade aeróbia ou anaeróbia, a um exercício agudo ou crónico e a atividades realizadas por indivíduos que diferem entre si, ao nível da capacidade e condição física. Desta forma, é possível que os benefícios psicológicos a partir da atividade física, como muitos benefícios físicos, difiram de acordo com as modalidades e entre exercícios e desportos (Taraldsen e colaboradores., 2012).

A inatividade abre um "espaço psíquico" para a reflexão e a interiorização que, normalmente, não se desenvolve num sentido positivo para quem estava habituado a viver essencialmente com estímulos exteriores. Como afirma Paul (1996), o idoso que envelhece de uma forma ótima é o que permanece ativo encontrando substitutos para as atividades que teve de abandonar e pessoas que lhe eram próximas. Assim, não seria racional, nem possível, substituir a atividade profissional por outra rigorosamente equivalente, colocando-se o problema de escolha de atividades adequadas nas diferentes situações em que se encontra os idosos.

Estudos realizados com idosos indicam que a prática de atividade física está associada a um fator essencial para um relato de uma qualidade de vida elevada bem como a uma possibilidade de diminuição de sintomas depressivos (Du e colaboradores, 2015), melhoria a nível fisiológico, psicológico e cognitivo (Nelson e colaboradores, 2007; Warburton, Nicol, & Bredl, 2006). Benefícios psicológicos imediatos sentidos pela prática são o relaxamento, redução do *stress* e da ansiedade e o melhoramento do humor, sendo a longo prazo, o bem-estar geral, melhoria da saúde mental, melhorias a nível cognitivo, controlo e performance motora e aquisição de habilidades (Lobo e colaboradores, 2011). Vários autores corroboram alguns dos benefícios apresentados anteriormente, referindo que a prática regular de atividade física, provoca uma melhoria do estado emocional, do autoconceito, da autoestima, uma diminuição do *stress*, dos níveis de ansiedade, de depressão, melhora o humor, provoca sensações de bem-estar e possibilita a vivência de momentos prazerosos (Mota & Sallis, 2002). O exercício físico permite, assim, ao idoso a sua auto valorização, sentimentos de pertença a um grupo e a redução de muitos dos problemas psicológicos característicos desta fase (Costa & dos

Santos, 2014). A prática regular de atividade física não diminui o processo intrínseco do envelhecimento, mas ao otimizar funções em qualquer idade, promove uma expectativa de vida com mais qualidade e adaptabilidade à sociedade (Warburton, Nicol & Bredj, 2006).

Segundo Paul (1996), a teoria da atividade considera que a satisfação, felicidade e autoestima, sinais positivos do envelhecimento bem-sucedido, são proporcionais à atividade desenvolvida e à intensidade das interações sociais. Para Alferman e Stoll (2000), o impacto do exercício na saúde mental é uma longa questão a debater que começa a ser claramente identificada a partir dos anos 80. Desde então que se desenvolvem investigações visando demonstrar que o exercício melhora a saúde mental. De acordo com Salovey (2000) há um grande reconhecimento de que uma mente otimista e um espírito alegre acompanham um corpo saudável. Como afirma Fox (2000) há um aumento de interesse acerca da contribuição do exercício, tanto na promoção do bem-estar mental como no tratamento e prevenção de doenças e desequilíbrio mental (Huang e colaboradores., 2015).

Serpa (1993) refere que são múltiplos os benefícios psicológicos individuais obtidos através da atividade física, nomeadamente a melhoria da auto-imagem e do bem-estar, aumento da autoconfiança, do estado de vigília e da clareza do pensamento, alterações positivas no humor e diminuição da tensão, depressão e ansiedade, melhoria do bem-estar psicológico, aumento da energia e da capacidade de lidar com as situações, aumento de prazer no exercício e nos contactos sociais. A Atividade física acaba por exercer, inclusive, um papel relevante na integração social, pois o indivíduo aumenta a sua atividade e a sua disposição diária para tal (Assis, 2004). Acerca da integração social, contactos sociais, num estudo de Mazo, Cardoso e Aguiar (2006) os idosos mantêm a prática de atividade física por gostarem das atividades, pelo convívio, amizades e divertimento.

O exercício físico parece evidenciar, cada vez mais, uma mistura de desafio, jogo, relaxamento, socialização e construção, promovendo a cooperação e interação entre todos aqueles que dele fazem parte, proporcionando também a vivência de situações de sucesso mantidas pela persistência (Duarte, Santos & Gonçalves, 2002). O momento de prática de atividade física, quando em grupo, revelou-se ser um momento de troca de experiência, afetos e amizade. É um momento de convívio social e de interação (de Castro, Lima & Duarte, 2016). Os estudos mostram que existe associação entre a Prática de Atividade física e aos benefícios no estado de espírito, aumentando experiências de alegria,

divertimento e outras experiências positivas (Lopes e colaboradores., 2016). Desta forma, permite uma diminuição da possibilidade de desenvolver depressão, diminuição de ansiedade, possibilitando um maior conhecimento do próprio corpo e das funções do mesmo bem como a manutenção da independência e das funcionalidades físicas (Assis, 2004; Santos e colaboradores, 2012; Bhamani, Khan, Karim & Mir, 2015).

Para além dos benefícios da prática da atividade física em si é de salientar a importância da participação dos idosos na comunidade como fator de envelhecimento ativo tendo benefícios ao nível da saúde mental, qualidade de vida e melhoria das funções cognitivas (desempenho da memória, atenção, tempo de reação e estimulação das ligações neuronais relacionadas no controlo da inibição e da atenção (Erickson e colaboradores., 2011), havendo benefícios ao nível da diminuição da perda do tecido cerebral e melhorias na saúde estrutural de áreas específicas do cérebro e na sua atividade e funcionamento (Amagasa e colaboradores., 2017; Lerche, 2018) o que permite o retardar do aparecimento das doenças (em particular as crónicas) e a manutenção das funções executivas, sendo também eficaz no tratamento de distúrbios de ansiedade e demência (Rugbeer e colaboradores., 2017). De referir, no entanto, que nem todas as pessoas beneficiam da mesma forma da prática de Atividade Física (Lerche, 2018) embora o facto de manter a longo prazo a atividade como sendo algo dinâmico e presente na rotina diária como uma prática regular seja benéfico de um modo geral (Taylor, 2014).

A Atividade Física, para além de estimular a participação da população numa atividade, desenvolvendo o sentimento de pertença, pode estimular a mudança comportamental nas pessoas sedentárias, diminuir os sintomas depressivos, o que pode ser explicado pelo fator social que permite a interação e o convívio entre as pessoas idosas, fornecendo-lhes suporte social (Kirk-Sanchez & McGough, 2014). A prática de Atividade física é impulsionadora de um estilo de vida ativo, não sendo relevante se os idosos sempre se mantiveram ativos, durante toda a vida, ou se apenas decidiram iniciar a prática durante o processo de envelhecimento (Maslow e colaboradores., 2011; Santos e colaboradores., 2012). É de salientar a importância de a prática ser controlada por profissionais de saúde.

2. Problema de investigação e objetivos

O processo de envelhecimento surge, muitas vezes, associado a um conjunto de estereótipos negativos que não são inócuos na forma como os indivíduos se percebem a si mesmos e às possibilidades ou recursos a que podem recorrer para facilitar esse processo. Neste contexto, este estudo procura conhecer as perspetivas dos idosos acerca do seu próprio processo de envelhecimento e sobre uma componente que a literatura tem vindo a assinalar como relevante para um envelhecimento bem-sucedido, isto é, a prática de atividade física. Partimos do princípio que esse conhecimento pode constituir uma mais-valia para a intervenção ao nível da melhoria da auto percepção de envelhecimento e, também, para intervenções mais estruturadas e objetivas. Por outro lado, vasta literatura tem vindo a referenciar a influência da prática de atividade física na promoção da autoestima, do bem-estar físico e psicológico, manutenção da vida social, para além da manutenção da saúde mental e prevenção e tratamento de várias doenças no decurso do processo de envelhecimento.

A forma como as pessoas vivenciam o envelhecimento, bem como a forma mais positiva ou negativa com que o avaliam, é determinante na maneira como encaram e enfrentam esta fase da vida. A prática de atividade física é, cada vez mais, recomendada aos idosos como forma de estes se manterem ativos, no entanto, a percepção que os próprios têm acerca da prática de atividade física tanto pode facilitar como dificultar a sua adesão.

Desta forma, o objetivo geral deste estudo passa por conhecer a perspetiva dos idosos sobre o envelhecimento e sobre a prática da atividade física, mais especificamente: conhecer a percepção dos idosos acerca do que é o envelhecimento; identificar aspetos negativos e positivos do envelhecimento na perspetiva dos idosos; identificar diferenças ao nível da percepção sobre o envelhecimento em idosos considerando o género e serem ou não praticantes de atividade física; conhecer a perspetiva dos idosos sobre a prática de atividade física em idades mais avançadas; identificar aspetos positivos e negativos na prática de atividade física pelos idosos.

3. Método

O presente estudo é de cariz qualitativo e tem como objetivo central conhecer a percepção dos idosos acerca do envelhecimento e da prática de atividade física em pessoas

com mais de 65 anos não institucionalizadas. Numa perspetiva qualitativa o investigador estuda os fenómenos no seu contexto natural, interpretando-os consoante o significado que as pessoas lhe atribuem (Denzin & Lincoln, 2000).

Segundo Strauss e Corbin (1998) o método qualitativo é tido como qualquer pesquisa que não envolve resultados que utilizam procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação, ou seja, a investigação qualitativa salienta processos e significados que não são examinados rigorosamente ou medidos em termos de quantidade, intensidade ou frequência, embora Bardin (2008) proponha para além da pré-análise para sistematizar as ideias iniciais, a exploração do material com vista à codificação, decomposição ou enumeração e o tratamento dos resultados obtidos (inferência e interpretação)

Segundo Chizzoti (2003), a investigação qualitativa, encarada numa perspetiva fenomenográfica e interpretativa aceita a existência de múltiplas realidades construídas quer individual, quer coletivamente e, nessa ótica, procura compreender os fenómenos desde o ponto de vista ou perspetiva dos próprios sujeitos, participantes no estudo. O estudo que apresentamos inscreve-se nesta perspetiva em que se procura conhecer o modo como as pessoas sentem e experienciam a realidade, opção que assume que a experiência humana não se pode limitar aos métodos nomotéticos de análise e descrição.

São enumeradas três características principais da metodologia adotada: a primeira, refere-se ao facto da recolha de dados ser realizada em ambiente natural com o objetivo de captar a realidade no modo mais fidedigno possível; a segunda, estabelece que a pesquisa se vai definindo de forma gradual, à medida que se conhece a realidade que se está a estudar definindo, de modo mais flexível, a construção elaborada pelos sujeitos sociais que dão sentido aos acontecimentos do presente permitindo uma nova interpretação do passado; a terceira e última característica é o papel que é dado ao investigador ao longo de todo o processo (Moreira & Caleffe, 2008).

Holanda (2006) propôs dois aspetos essenciais para caracterizar a investigação qualitativa. A primeira, que considera a presença da subjetividade do investigador e do sujeito investigado no próprio ato de investigação e, a segunda, que considera a investigação do fenómeno vista de forma abrangente, ao perspetivar e destacar a sua inscrição noutros fenómenos mais vastos, contextualizando-os. Ainda de acordo com o mesmo autor, esta abordagem procura obter o significado oculto dos fenómenos (manifestações, ocorrências, ideias, vivências, sentimentos), bem como identificar os papéis que assumem no ser humano. O método qualitativo usa, por norma, frequências simples e, tendencialmente, uma amostra mais reduzida para que, na existência de mais

conteúdo, a informação seja analisada devidamente e em função dos objetivos delineados (Green & Thorogood, 2009).

Em síntese, o estudo que apresentamos de natureza qualitativa tem um carácter exploratório e recorre à perspectiva fenomenográfica, pois esta possibilita-nos a análise da percepção dos sujeitos acerca do que se pretende estudar e, ainda, observar a variação e a arquitetura da mesma a partir das descrições utilizadas. Como tal, a escolha deste paradigma permite-nos perceber como é que os idosos conceptualizam o envelhecimento e como percebem a prática de atividade física.

3.1. Participantes

Participaram no estudo quarenta sujeitos com idades compreendidas entre os 66 e os 94 anos de idade, vinte do sexo feminino (dez praticantes e dez não praticantes de atividade física) e vinte do sexo masculino (dez praticantes e dez não praticantes de atividade física).

O método de amostragem foi não probabilístico e por conveniência devido à facilidade de acesso a pessoas com mais de 65 anos no distrito de Évora. Os participantes selecionados não apresentavam deterioração cognitiva e não se encontravam em situação de institucionalização.

O número de participantes selecionados (dez por grupo) deveu-se ao facto de a literatura considerar que dez constitui o número de entrevistas necessárias para obtenção de saturação teórica, ou seja, para que o senso comum seja desmistificado dando espaço para a experiência do indivíduo (Denzin & Lincoln, 2000).

Como podemos observar na Tabela 1 a idade dos participantes está compreendida entre os 66 e os 94 anos. Metade dos sujeitos têm idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos e 22.5% entre 66 e 69 anos. No intervalo entre 80 e 84 encontram-se 17.5% dos participantes sendo menor o número com 85 anos (7.5%) e acima dos 90 anos (7.5%).

Tabela 1. *Idade dos Participantes*

Idade	Participantes				Total	%
	Homens		Mulheres			
	N	%	N	%		
66-69	5	12.5	4	10.0	9	22.5
70-74	5	12.5	5	12.5	10	25.0
75-79	5	12.5	5	12.5	10	25.0
80-84	3	7.5	4	10.0	7	17.5
85-89	1	2.5	1	2.5	2	7.5
90-94	1	2.5	1	2.5	2	7.5
Total	20	50.0	20	50.0	40	100

A Tabela 2 mostra-nos que a maioria dos praticantes têm entre 66 e 74 anos, sendo aproximado o número de homens e de mulheres em cada grupo de idade. Encontramos ainda praticantes de atividade física entre os 75 e os 84 anos mas nenhum acima desta idade.

Tabela 2. *Prática de Atividade Física*

Idade	Não Praticantes						Praticantes					
	Homens		Mulheres		N	%	Homens		Mulheres		N	%
	N	%	N	%			N	%	N	%		
66-69	1	2.5	1	2.5	2	5.0	4	10.0	3	7.5	7	17.5
70-74	2	5.0	2	5.0	4	10.0	3	7.5	3	7.5	6	15.0
75-79	3	7.5	4	10.0	7	17.5	2	5.0	1	2.5	3	7.5
80-84	2	5.0	1	2.5	3	7.5	1	2.5	3	7.5	4	10.0
85-89	1	2.5	1	2.5	2	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
90-94	1	2.5	1	2.5	2	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Conforme se pode observar na Tabela 3, ao nível da escolaridade, 60% dos participantes concluíram o 1º ciclo, 10% o 2º ciclo, 10% o 3º ciclo, 2.5% concluíram o ensino secundário e 10% o ensino superior. Encontramos ainda na amostra 7,5% de analfabetos. Nos níveis de escolaridade a partir do 3º ciclo encontramos maior número de mulheres.

Tabela 3. *Nível de Escolaridade*

Nível de escolaridade	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	2	5	2	5	0	0	0	0	4	10
1º Ciclo	4	10	7	17,5	5	12,5	7	17,5	23	57,5
2º Ciclo	2	5	1	2,5	3	7,5	1	2,5	7	17,5
3º Ciclo	0	0	0	0	0	0	1	2,5	1	2,5
Ensino Secundário	0	0	0	0	1	2,5	0	0	1	2,5
Ensino Superior	2	5	0	0	1	2,5	1	2,5	4	10
Total	10	25	10	25	10	25	10	25	40	100

A maioria dos participantes apresenta problemas de saúde (55%) sendo mais referidos pelos homens, como referido na Tabela 4.

Tabela 4. *Existência de problemas de saúde*

Problemas de saúde	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	7	17,5	6	15	4	1	5	12,5	22	55
Não	3	7,5	4	10	6	15	5	12,5	18	45
Total	10	25	10	25	10	25	10	25	40	100

3.2. Instrumentos

3.2.1. Mini Mental State Examination (MMSE)

Antes de realizarmos qualquer procedimento qualitativo foi aplicado aos participantes o *Mini Mental State Examination* (MMSE) para garantirmos que os participantes no estudo não apresentavam deterioração cognitiva.

O MMSE foi criado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), de forma a despistar indícios de deterioração cognitiva, traduzido e adaptado para a população portuguesa em 1994 por Guerreiro *e colaboradores*. Está desenvolvido para avaliar alterações do estado cognitivo e é utilizado para o contexto clínico e de investigação. É constituído por 30 perguntas que se dividem pelas áreas de orientação, retenção e cálculo, a evocação, a linguagem e a capacidade construtiva. Cada questão vale um ponto, perfazendo o total 30. Os pontos de corte previstos para a demência, e que tivemos em conta no presente estudo, tiveram em conta a escolaridade. Foram tidos em conta valores menores ou iguais a 27 para sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade, valores menores ou iguais a 22 para sujeitos com um a 11 anos de escolaridade e valores inferiores ou iguais a 15 para analfabetos.

3.2.2. Entrevista

Os métodos de entrevista permitem a utilização da interação e comunicação humana, o que possibilita ao investigador obter dados muito ricos. O investigador, estando em contacto direto com o entrevistado pode, através das suas questões abertas e reações, facilitar a sua expressão e evitar que este se afaste do tema desejado. Numa entrevista semiestruturada, o investigador dispõe de uma série de perguntas guia que pode reformular ou alternar, de modo a permitir um discurso mais natural. O entrevistado é levado, com frequência pela primeira vez, a refletir sobre o assunto analisado, pelo que a comunicação resultante da entrevista é um processo de elaboração de um pensamento e não apenas um dado (Quivy & Campenhoudt, 2005). A utilização da entrevista é especialmente adequada para analisar os sentidos que os atores dão às suas práticas e as leituras que fazem das suas próprias experiências, bem como para a reconstituição de acontecimentos do passado. As principais vantagens deste método prendem-se com a profundidade dos elementos de análise recolhidos e com a flexibilidade e pouca

diretividade, que permitem respeitar “os próprios quadros de referência – a linguagem e as categorias mentais dos sujeitos (Seabra, 2010).

A realização de entrevistas exploratórias tem como função revelar alguns aspetos sobre o fenómeno em estudo sobre os quais o investigador não teria pensado por si mesmo contribuindo, desta forma, para ajudar a construir a problemática de investigação e descobrir aspetos a valorizar que alarguem o campo de investigação (Quivy & Campenhoudt, 2005).

A entrevista exploratória realizada neste trabalho teve por base um guião construído com base na literatura (entrevista semiestruturada) e foi aplicada ao início da investigação a quatro idosos (2 sexo masculino e 2 sexo feminino) com as seguintes questões: “o que é para si o envelhecimento?” e “o que pensa sobre a prática de atividade física na terceira idade?”.

As respostas a estas questões foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo e, como o nosso objetivo passava por validar o guião, procuramos perceber se as questões estavam claras, se respondiam aos nossos objetivos e se o número de questões se adequava aos objetivos delineados. Procurámos ainda analisar o conteúdo no sentido de procurar pistas de reflexão que ajudassem a clarificar aspectos da problemática em estudo (Quivy & Campenhoudt, 2005).

A análise realizada determinou a construção de um guião de entrevista a partir das dimensões identificadas como se pode observar no Quadro 1.

Quadro 1. *Relação entre as questões e a estrutura de investigação*

Questões	Temas
O que é para si o envelhecimento?	Conceito de envelhecimento
Quais os aspetos positivos do envelhecimento?	Características do envelhecimento
Quais os aspetos negativos do envelhecimento?	
O que acha da prática de atividade física em pessoas mais idosas?	Prática de atividade física na 3ª idade

3.3. Procedimentos

3.3.3. Recolha dos dados

A entrevista foi suportada pelo guião final construído a partir da análise temática e categorial das entrevistas realizadas no estudo exploratório prévio. Os sujeitos foram contactados em instituições como Universidades Sêiores ou Bibliotecas Públicas, tendo sido apresentado às instituições um pedido de colaboração no estudo (Anexo1). Foram selecionados os sujeitos que mostraram interesse e disponibilidade em participar e, seguidamente, procedeu-se à realização das entrevistas nos dias estipulados e em locais adequados.

Foi assegurado a todos os participantes, por questões éticas, o anonimato bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento (consentimento informado – Anexo 2). De forma a obter informações relevantes para a caracterização da amostra foi também aplicada uma ficha sociodemográfica (Anexo 3).

Previamente à realização das entrevistas foi aplicado o MMSE. Apenas foram submetidas a análise as entrevistas realizadas aos participantes cujos valores no MMSE se encontrassem dentro dos valores previstos para ausência de deterioração cognitiva. A duração das entrevistas rondou em média vinte minutos sendo registada em formato áudio e submetidas posteriormente a transcrição integral.

3.3.4. Análise dos dados

Após a transcrição das quarenta entrevistas procedemos à sua análise seguindo a metodologia proposta por Bardin (2008) de três passos sequenciais: a pré-análise, que diz respeito à fase da organização e tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais, a exploração do material, que consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração e o tratamento dos resultados obtidos (inferência e interpretação).

Esteve presente, como base, para classificação, o critério de proximidade do discurso dos sujeitos.

A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise que tem como objetivo obter indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos que digam respeito às condições de produção/receção destas mensagens obtidas. Esteve presente como critério de análise das unidades de informação a proximidade ao discurso dos sujeitos.

Codificar ou caracterizar um segmento de informação é permitir que este faça parte de uma categoria e que tenha, assim, equivalências definidas, partindo dos significados em função do julgamento do codificador (Caregnato & Mutti, 2006). Apesar de não existirem normas específicas nem procedimentos padronizados para a criação de categorias é necessário avaliar a existência de aspetos que se verificam ser repetidos e constantes bem como ter em conta o propósito da pesquisa, os critérios de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade, coerência adequação e pertinência (Ludke & André, 1986).

Foram anotadas todas as unidades de informação presentes no discurso de cada participante, de acordo com o critério estipulado de registo, pertencentes às determinadas categorias, subcategorias ou subsubcategorias e não na quantidade de vezes que foram proferidas por cada um dos participantes, para que se pudesse garantir a validade e fidelidade da análise temática e categorial (Charmaz, 2009).

A grelha de categorização foi sendo alvo de alterações durante o processo de análise. Isto deve-se ao facto de a análise dos resultados ser feita de forma a relacionar toda a informação presente nas transcrições. A validade no processo de categorização passa pela coadunação com os objetivos delineados, com pertinência e produtividade. A fidelidade está relacionada diretamente com o instrumento de codificação bem como com o codificador (Ribeiro, 2010). Desta forma, a estrutura categorial que obtivemos foi submetida à análise de juízes independentes. Após definidos os temas, categorias e subcategorias, analisámos as ocorrências relativas a cada uma delas com o objetivo de analisar as categorias mais relevantes para os idosos em relação aos diferentes temas.

No sentido de averiguar a validade e fidelidade das categorias de análise (Esteves, 2006) verificámos ainda a fidelidade intracodificador e intercodificador. A fidelidade intracodificador significa que o mesmo analista classifica da mesma forma uma mesma unidade de registo mesmo em momentos diferentes. A fidelidade intercodificador significa que diferentes analistas, trabalhando com o mesmo material codificam da mesma forma as unidades de registo. Nesta investigação, para garantir as questões ligadas à fiabilidade, validade e acordo interjuízes foi constituído um painel de três juízes que fizeram a revisão da análise de codificação e resolveram as situações de discrepância. O nível de concordância entre os avaliadores foi calculado a partir do coeficiente de kappa de Cohen (1960), definido como a proporção de acordo entre os juízes após ser retirada a proporção de acordo devido ao acaso traduzido na seguinte fórmula $k = \frac{P_0 - P_a}{1 - P_a}$.

Optámos, também neste estudo, por uma análise quantitativa das ocorrências e, nesse sentido, realizámos a contagem do número de vezes que cada elemento semântico se repetia (Schilling, 2006). Na análise quantitativa dos dados empregámos estatística descritiva simples e realizámos a análise de frequências em função das unidades de sentido ou unidades base (Schilling, 2006). Procedemos à contagem do número de vezes que cada elemento semântico que expressa uma ideia distinta se encontrava presente no discurso dos sujeitos e, nos casos em que o mesmo sujeito repetia a mesma ideia, tal foi apenas considerado uma única vez.

4. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Para melhor compreender os dados obtidos apresentamos inicialmente a estrutura dos dados de investigação (grelha de análise temática e categorial) explicitando os critérios de categorização e exemplos ilustrativos para cada categoria tendo em conta os temas identificados.

Como podemos observar no Quadro 2 a análise do discurso dos sujeitos permitiu-nos identificar no Tema I- Conceito de envelhecimento quatro categorias: fase normal da vida, fase positiva da vida (ganhos), fase negativa da vida (perdas) e indefinição. Na categoria de fase positiva da vida (ganhos) identificaram-se as subcategorias de sabedoria/conhecimento, experiência, independência e existência de saúde. Na categoria de fase negativa da vida (perdas) foram encontradas as subcategorias de perda de saúde física, perda psicológica, perda de mobilidade/autonomia e sentimentos negativos. As subsubcategorias de sentimentos negativos revelaram sentimento de finitude, aborrecimento, tristeza, medo, solidão/abandono, desvalorização e sentimentos gerais de fundo. Encontrou-se também uma quarta categoria que denominámos indefinição para englobar respostas em que os sujeitos revelam não saber ou não conseguir descrever.

Quadro 2. Tema I. Conceito de envelhecimento- critérios de análise temática e categorial.

Categorias	Critérios/Exemplos
Fase normal da vida	Nesta categoria foram incluídas todas as verbalizações que se referiam ao envelhecimento como uma fase normal/natural da vida. Exemplos: “É uma coisa que é natural, não é? A gente nasce e depois vai crescendo e depois vai envelhecendo” (S1); “Então o envelhecimento para mim é normal” (S2); “É uma fase natural da vida. Tudo tem um princípio e um fim... o nosso princípio é quando nascemos. Partindo do princípio do início da vida e com o passar dos anos chegamos então à fase do envelhecimento” (S13);
Fase positiva da vida (ganhos)	Categorizaram-se todas as verbalizações onde estivesse presente uma visão associada a ganhos resultantes do processo de envelhecimento relacionados com sabedoria/conhecimento, experiência, independência e aspectos relativos à manutenção de saúde. Exemplos: “O envelhecimento é sabedoria... Isto a nível psicológico e que nos trás sabedoria... é essencialmente o conhecimento da vida (S6); “onde também podemos continuar sempre a aprender” (S9);

	“É isso o envelhecimento dá-me essa experiência de poder transmitir e poder ensinar aquilo que já fiz e aquilo que aprendi e aquilo que ainda posso vir a fazer” (S11);
Fase negativa da vida (perdas)	A categoria engloba todas as verbalizações em que fossem referidos aspectos como perdas de saúde física ou psicológica, perda de autonomia/mobilidade e diferentes sentimentos negativos experienciados no processo de envelhecimento. Exemplos: “...a depender das outras pessoas” (S20); “Já ando sempre doente” (S38); “O cérebro já não fica bom” (S40); “É triste o envelhecimento” (S10);
Indefinição	As verbalizações que revelavam dificuldade em caracterizar o envelhecimento foram consideradas nesta categoria. Exemplos: “Olhe nem sei aquilo que lhe diga” (S10); “Eu não sei o que lhe deva responder” (S15); “Ora o envelhecimento, como é que vou dizer?” (S20); “Não sei o que vou dizer” (S37);

No Quadro 3 apresentam-se as categorias do Tema II – Características do envelhecimento que são descritas como positivas e envolvendo ganhos o que determinou a identificação das subcategorias de aceitação do processo percebido como algo natural, conservação da autonomia, conservação das capacidades cognitivas, sabedoria de vida/tolerância, vontade de viver, valorização pessoal, boa relação/suporte familiar, boas relações sociais e relações sociais, tempo disponível, vida ativa/atividade física, estabilidade financeira e experiência de vida gratificante. No caso das características negativas mais centradas nas perdas resultantes do processo de envelhecimento as subcategorias identificadas foram desgaste físico, doença, perda de mobilidade/autonomia, perda psicológica, auto-imagem negativa, perda de amigos/relações e sentimentos negativos. Dentro dos sentimentos negativos (subsubcategorias) foram identificados sentimentos negativos em geral, tristeza, medo, infelicidade, solidão e nostalgia.

Quadro 3. *Tema II - Aspectos positivos e negativos do envelhecimento-critérios de análise temática e categorial.*

Categorias	Critérios/Exemplos
Positivas	Inclusão de todas as verbalizações relativas a aspectos como aceitação do processo como algo natural, conservação da autonomia/ independência, sabedoria/ tolerância, valorização pessoal, enquadramento familiar e social. Exemplos: “É a gente ter que encarar que é mesmo assim” (S1); (S7); “É ser capaz de fazer tudo” (S20); “Ando a aprender todos os dias” (S37);

	“É as histórias que a gente tem para contar... e o conhecimento que podemos passar para as outras pessoas” (S33);
Negativas	<p>Nesta categoria foram incluídas todas as verbalizações que evidenciam características negativas do envelhecimento como desgaste físico, doença, perda de mobilidade/ autonomia, perda psicológica, auto-imagem negativa, sentimentos negativos, desenquadramento social.</p> <p>Exemplos:</p> <p>“Agora já não sou feliz” (S2);</p> <p>“A pessoa ainda se sente psiquicamente bem e quer fazer as coisas e muitas vezes não consegue” (S8);</p> <p>“É quando as pessoas ficam com doenças.” (S26);</p> <p>“Começamos a perder mais faculdades. O esquecimento está muito presente.” (S6);</p> <p>“Não há coisas boas, a gente perde tudo com o passar dos anos” (S10);</p>

No Quadro 4 apresentam-se os critérios e exemplos do Tema III – Prática de Atividade Física na terceira idade em que são identificadas atitudes favoráveis e desfavoráveis, benefícios e limitações. Em relação à categoria de atitudes favoráveis encontramos verbalizações gerais, atividade adaptada e sem obrigatoriedade. Na categoria de atitude desfavorável observa-se essencialmente desinteresse e desvalorização. Em termos de benefícios encontramos subcategorias relativas a mobilidade, saúde física, saúde psicológica, socialização e bem-estar. A última categoria contém informação relativa a limitações/ dificuldades na prática da atividade física.

Quadro 4. Tema III - Benefícios da prática de atividade física- critérios de análise temática e categorial

Categorias	Crítérios/Exemplos
Atitude favorável	<p>A categoria contém todas as verbalizações que transmitem uma posição favorável à prática de atividade física em geral e a prática adaptada à condição da pessoa.</p> <p>Exemplos:</p> <p>“Exercícios que fossemos capaz de fazer” (S2);</p> <p>“Acho que é bom. Mas eu nunca faço” (S1);</p> <p>“Penso que é muito bom... É pena ser poucas vezes. Deviam ser mais” (S20);</p> <p>“Acho que sim que é importante”. (S26);</p> <p>“Não podemos parar. E os benefícios são muitos. A gente não pode parar. Isto dá energia. Para o banco do jardim é que não vou (S37);</p>
Atitude desfavorável	<p>Nesta categoria foram incluídas todas as verbalizações que dizem respeito a uma atitude desfavorável á prática de atividade física como desinteresse ou desvalorização da atividade.</p> <p>Exemplos:</p> <p>“Eu é que não tenho cabeça para ir para lá” (S10);</p> <p>“Eu é que nunca me deu para isso” (S21);</p> <p>“Eu não faço porque não tem calhado” (S28);</p> <p>“Isso da ginástica virou uma moda, agora dói alguma coisa mandam-nos fazer ginástica. Nem sei se faz bem nem se faz mal, nunca fiz. É uma ajuda, mas o fado é quase sempre a mesma coisa” (S30);</p>

Benefícios	<p>As verbalizações que remetem para benefícios da prática de atividade física em termos de saúde física, saúde psicológica, socialização e bem-estar foram incluídas nesta categoria.</p> <p>Exemplos:</p> <p>“Penso que é muito bom, eu como lhe disse movimento-me muito e a nível físico os ossos ficam mais satisfeitos. Sinto-me bem fisicamente” (S13);</p> <p>“Desde que faço ginástica dói-me menos o corpo.” (S39);</p> <p>“As pessoas sempre se distraem sempre pensam em outras coisas” (S5);</p> <p>“Para se conviver. Para se distraírem” (S1);</p> <p>“É importante para o bem-estar” (S4);</p>
Limitações/ Dificuldades	<p>A categoria contém todas as verbalizações acerca das dificuldades/limitações à prática de atividade física.</p> <p>Exemplos:</p> <p>“Eu é que já não posso.” (S9);</p> <p>“Nem acho que me faça bem, fico sempre cansada.” (S12);</p> <p>“Eu é que não posso fazer por causa da minha perna.” (S22); “Eu cá não sou capaz de fazer. Já consigo fazer muito pouco.” (S24);</p>

Da análise global do discurso resultou a estrutura organizada por temas, categorias, subcategorias e subsubcategorias que apresentamos em seguida:

I. Conceito de envelhecimento

1. Fase normal da vida
2. Fase positiva da vida (ganhos)
 - 2.1. Sabedoria/conhecimento
 - 2.2. Experiência
 - 2.3. Independência
 - 2.4. Existência de saúde
3. Fase negativa da vida (perdas)
 - 3.1. Perda de saúde física
 - 3.2. Perda psicológica
 - 3.3. Perda de mobilidade/ autonomia
 - 3.4. Sentimentos negativos
 - 3.4.1. Finitude
 - 3.4.2. Aborrecimento
 - 3.4.3. Tristeza
 - 3.4.4. Medo
 - 3.4.5. Solidão/ abandono
 - 3.4.6. Desvalorização
 - 3.4.7. De fundo
4. Indefinição

II. Características do envelhecimento

1. Características positivas
 - 1.1. Aceitação do processo como algo natural
 - 1.2. Conservação da autonomia/ independência
 - 1.3. Conservação das capacidades cognitivas

- 1.4. Sabedoria de vida/tolerância
- 1.5. Vontade de viver
- 1.6. Valorização pessoal
- 1.7. Boa relação/suporte familiar
- 1.8. Boas relações sociais
- 1.9. Tempo disponível
- 1.10. Vida ativa/Atividade física
- 1.11. Estabilidade financeira
- 1.12. Experiência de vida gratificante
- 2. Características negativas
 - 2.1. Desgaste físico
 - 2.2. Doença
 - 2.3. Perda de mobilidade/ autonomia
 - 2.4. Perda psicológica
 - 2.5. Auto-imagem negativa
 - 2.6. Perda de amigos/relações
 - 2.7. Sentimentos negativos
 - 2.7.1. Em geral
 - 2.7.2. Tristeza
 - 2.7.3. Medo
 - 2.7.4. Infelicidade
 - 2.7.5. Solidão
 - 2.7.6. Nostalgia

III. Prática de atividade física na terceira idade

- 1. Atitude favorável
 - 1.1. Em geral
 - 1.2. Atividade adaptada
 - 1.3. Sem obrigatoriedade
- 2. Atitude desfavorável
 - 2.1. Desinteresse
 - 2.2. Desvalorização
- 3. Benefícios
 - 3.1. Mobilidade
 - 3.2. Saúde física
 - 3.3. Saúde psicológica
 - 3.4. Socialização
 - 3.5. Bem-estar
- 4. Limitações/dificuldades

No sentido de averiguar a validade e fidelidade das categorias de análise (Esteves, 2006) verificámos ainda a fidelidade intracodificador e intercodificador. A fidelidade intercodificador significa que diferentes analistas, trabalhando com o mesmo material codificam da mesma forma as unidades de registo. Nesta investigação, para garantir as questões ligadas à fiabilidade, validade e acordo interjuízes foi constituído um painel de três juízes que fizeram a revisão da análise de codificação e resolveram as situações de

discrepância. O nível de concordância entre os avaliadores foi calculado a partir do coeficiente de kappa de Cohen (1960) e no presente estudo o acordo interjuízes situou-se nos 96%.

4.1. Apresentação dos resultados obtidos nos temas

Começamos por analisar os dados procedendo a uma análise qualitativa de cada tema, categoria, e subcategoria seguida de uma análise quantitativa, em que contabilizámos o número de ocorrências/frequências de cada unidade de registo ou significação. A apresentação e análise dos resultados é baseada na análise de conteúdo (definição de categorias por relevância teórica de repetição) e análise de recurso (Pasqualotti & Portela, 2003). Primeiramente, apresentamos uma análise global de cada um dos temas, seguida de uma análise mais descritiva e interpretativa do discurso dos participantes. É apresentada, inclusive, uma análise quantitativa em que procedemos à contabilização do número de frequências de cada unidade de registo com o objetivo de perceber qual a mais relevante na visão dos idosos. Na tabela 5 é possível a visualização dos temas abordados, as frequências bem como as percentagens.

Tabela 5. *Temas - Volume de informação obtido*

TEMAS	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Perceção do Envelhecimento	24	6.3	25	6.6	30	7.9	36	9.5	115	30.3
II. Características do Envelhecimento	40	10.5	38	10	36	9.5	45	11.9	159	41.9
III. Prática de Atividade na 3ª Idade	25	6.6	20	5.3	29	7.6	31	8.2	105	27.7
Total	89	23.5	83	21.9	95	25	112	29.5	379	100
172 (45.4)				207 (54.6)						

As verbalizações dos participantes tal como referem Quivy & Campenhoudt (2005) devem permitir calcular e comparar as frequências das categorias resultantes da análise de forma significativa.

O tema que apresentou maior número de verbalizações, como podemos observar pela tabela acima, foi o tema II, Características do Envelhecimento (N= 159; 41.9%). Seguido do tema I, Percepção do Envelhecimento (N=115; 30.3%). Comparativamente aos grupos, o grupo de praticantes foi aquele que apresentou maior número de verbalizações (N=207; 54.6%). O segundo tema, Características do Envelhecimento, pode apresentar mais verbalizações devido à necessidade de as respostas serem mais descritivas no que diz respeito ao processo de envelhecimento.

4.2. Análise do Tema I. Percepção do Envelhecimento

4.2.1. Análise qualitativa

Este tema tem como principal objetivo perceber qual a percepção que os idosos têm do envelhecimento, o que representa para eles o conceito de envelhecimento. Foi através da pergunta “O que é para si o Envelhecimento?” que obtivemos as seguintes categorias: 1. “Fase normal da vida”, 2. “Fase positiva da vida (ganhos)”, 3. “Fase negativa da vida (perdas)”, e 4. “Indefinição”.

Quadro 5. Tema I – *Percepção do envelhecimento*

Categorias	Sub-Categorias	Sub-Subcategorias
1. Fase normal da vida		
2. Fase positiva da vida (ganhos)	2.1. Sabedoria/ Conhecimento	
	2.2. Experiência	
	2.3. Independência	
	2.4. Existência de saúde	
3. Fase negativa da vida (perdas)	3.1. Perda de saúde física	
	3.2. Perda psicológica	
	3.3. Perda de mobilidade/ autonomia	
	3.4. Sentimentos negativos	3.4.1. Finitude
		3.4.2. Solidão/abandono
		3.4.3. Desvalorização

4. Indefinição

a) Análise da Categoria 1. Fase normal da vida

Falar de envelhecimento implica reconhecer as nossas fases da vida e identificar o envelhecimento como tal “Para mim o Envelhecimento é uma coisa que faz parte da vida claro, porque a vida é feita por fases e o envelhecimento também é uma fase que temos de passar” (Suj. 16). Aceitar o envelhecimento como sendo um processo natural acaba por ser uma estratégia “...o envelhecimento é uma etapa normal do decorrer da vida” (S17). É um processo de desenvolvimento/mudança onde “ a gente nasce e depois vai crescendo e depois vai envelhecendo” (S1), “Já fui nova e agora sou mais velha. É o que é” (S3). Fica mais velho pode ser um processo tido como complicado “É uma passagem muito complicada” (S5). Apesar de algumas advertências “quando temos saúde isso é muito bom” (S4), um envelhecimento ativo facilita uma visão positiva “como estou sempre muito ativa torno-me mais positiva e nem penso tanto nisso” (S13). É notório que a ausência de doença é vista como algo muito valorizado e com impacto. Desta forma, envelhecer acaba por ser o atingir uma meta “Eu acho que envelhecer é bom sinal. É sinal que envelhecemos, não temos nada de mau e isso é bom” (S15) onde o interesse ganha relevância “Acho que é uma fase muito interessante” (S34).

b) Análise da Categoria 2. Fase positiva da vida

Caracterizando o envelhecimento como positivo requer uma análise profunda bem como um balanço dos ganhos e das perdas. Um dos fatores chave do envelhecimento é a sabedoria e o conhecimento onde “...é essencialmente o conhecimento da vida” (S6) e a possibilidade de aprendizagem contínua “ ...podemos continuar sempre a aprender” (S9) possibilitando “... um bom testemunho daquilo que fiz e que venha a fazer para que os mais novos possam entender e compreender...” (S11). É feita uma análise mais detalhada através da experiência adquirida “Vamos começando a ver as coisas com outros olhos” (S33).

A presença de independência permite que os idosos vivenciem o envelhecimento como positivo pois “É muito bom quando não dependemos de ninguém e conseguimos continuar a fazer a nossa vida” (S34). A existência de saúde é o que permite o equilíbrio

entre todas as características positivas, referidas anteriormente “É a gente ainda estar aqui a viver. É nós aceitarmos a condição que temos para ficar mais velhos e sabermos lidar com isso e ainda ver as coisas boas” (S21).

c) Análise da Categoria 3. Fase negativa da vida

A percepção negativa no envelhecimento está relacionada essencialmente com perdas. O perder capacidades outrora presentes é marcante para a percepção do envelhecimento pois “Só a doença é que nos custa mais” (S1). Já é necessário uma atenção redobrada com as nossas capacidades “Temos de ter cuidado com a nossa alimentação” (S13) visto que “É o desgaste da pessoa, maus passados, arrelias” (S40).

Também a perda psicológica está presente na caracterização do envelhecimento “Se tivermos algum problema de cabeça já não estamos bem... e as pessoas já nem lidam bem connosco” (S17). “E já se faz algumas asneiras.” (S29).

A perda de mobilidade/autonomia é também uma consequência do envelhecimento “Já não temos aquela genica para fazer as coisas. Já custa fazer, com mais dificuldade... Certas coisas a gente já não consegue fazer. Já não andamos como andávamos.” (S2). Como consequência “a depender das outras pessoas” (S20).

É inevitável que a par da percepção de características negativas surgem sentimentos negativos como o contacto com a morte, uma realidade de finitude, um assunto recorrente em pensamentos como “Estar cá menos tempo” (S25) e chega-se mesmo a concluir que “...Já não é viver já não é nada” (S38). Surge aborrecimento “É o maior aborrecimento que se pode ter na vida” (S27), tristeza “É uma tristeza. Praticamente é uma tristeza, para toda a gente. Quem se encontra velho é uma tristeza” (S28), medo “Mete-me um bocadinho de medo” (S17), solidão “A gente vê-se sozinhas” (S4), desvalorização “Às vezes nem sempre nos ouvem” (S33) e sentimentos de fundo “Como é que quer que eu lhe diga coisas boas?” (S24).

d) Análise da Categoria 4. Indefinição

Na verdade, falarmos de envelhecimento representa o que? Alguns idosos não conseguiram identificar uma definição para o envelhecimento e pairou indefinição para a questão principal tendo sido registadas respostas como “Olhe nem sei o que lhe diga” (S10) ou mesmo negação ao serem confrontados com a questão “Nunca pensei nisso, nem sei o que responder! (S15). Uma estratégia que podemos ver presente nesta categoria é o facto de alguns idosos nem se questionarem sobre a fase que estão a viver ou mesmo se

já a estão a viver “Eu ainda não cheguei mesmo ao envelhecimento, por isso também não sei” (S19).

4.2.2. Análise quantitativa

Apresenta-se na tabela 6 o volume de informação obtido em cada uma das categorias do Tema I. Relativamente à categoria com maior número de verbalizações temos a categoria 3. “Fase negativa da vida (perdas)” (51.3%) sendo que a que registou menor volume de informação foi a categoria 5.”Indefinição” (6.1%). Relativamente ao grupo de não praticantes nomeadamente nas mulheres a categoria mais visível foi a categoria 1. “Fase natural da vida” (9.6%) e nos homens a categoria 3.”Fase negativa da vida (perdas)” (15.6%). Já o grupo de praticantes relativamente às mulheres a categoria mais verbalizada foi a 2.”Fase negativa (perdas)” (9.6%) e nos homens a categoria 3.”Fase negativa da vida (perdas)” (15.6%).

a) Análise da Categoria 1. Fase natural da vida

Na Tabela 6 podemos observar que na categoria mencionada não existem diferenças notórias entre o grupo de praticantes (11.2%) e não praticantes de atividade física (10.3%). “Fase natural da vida” foi a segunda categoria mais mencionada (21.7%).

Tabela 6. *Tema I - Perceção do Envelhecimento*

Tema I Categorias	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.Fase normal da vida	8	6.9	5	4.3	5	4.3	7	6.0	25	21.7
2.Fase positiva (ganhos)	4	3.5	1	0.9	10	8.7	9	7.8	24	20.9
3.Fase negativa (perdas)	11	9.6	19	16.5	11	9.6	18	15.6	59	51.3
4.Indefinição	1	0.9	0	0.0	4	3.5	2	1.7	7	6.1
Total	24	20.9	25	21.7	30	26.1	36	31.3	115	100
49 (42.6)				66 (57.4)						

b) Análise da Categoria 2. Fase positiva da vida

Na tabela 7 podemos consultar o volume de informação relativo à categoria 2. “Fase positiva da vida (ganhos)”. Identificaram-se quatro subcategorias sendo que a que registou mais verbalizações foi a subcategoria 2.4. “Existência de saúde” (58.3%). No grupo de não praticantes salientamos o grupo masculino com apenas uma verbalização para a categoria 2.4. “Existência de saúde” (4.5%). No grupo de praticantes o grupo masculino destaca as subcategorias 2.1. “Sabedoria/conhecimento” bem como 2.3. “Independência” e 2.4. “Existência de saúde” (12.5%.) Quanto às mulheres teve relevância a subcategoria 2.4. “Existência de saúde” (33.3%).

No geral, destacamos o facto de o grupo de praticantes de atividade física apresentar uma maior percentagem de verbalizações (79.2%) do que o grupo de não praticantes (20.8%).

Tabela 7. Categoria 2 - Fase positiva da vida

2. Fase positiva da vida (ganhos)	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.1.Sabedoria/conhecimento	2	8.3	0	0.0	1	4.5	3	12.5	6	25
2.2.Experiência	0	0.0	0	0.0	1	4.5	0	0.0	1	4.5
2.3.Independência	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	12.5	3	12.5
2.4. Existência de saúde	2	8.3	1	4.5	8	33.3	3	12.5	14	58.3
Total	4	16.7	1	4.5	10	41.7	9	37.5	24	100
	5 (20.8)				19 (79.2)					

c) Análise da Categoria 3. Fase negativa da vida

Na Tabela 8 apresentamos o volume de informação obtido na categoria 3. “Fase negativa da vida (perdas)”. Das quatro subcategorias identificadas as que apresentaram maior volume de informação foi a subcategoria 3.3. “Perda de mobilidade/autonomia” (16.9%) e a subcategoria 3.4. “Sentimentos negativos” (55.9%). Em relação ao grupo de não praticantes as mulheres identificaram a subcategoria 3.3. “Perda de

mobilidade/autonomia” (6.8%) e 3.5. “Sentimentos negativos” (6.8%) com maior destaque. Os homens destacaram a subcategoria 3.5. “Sentimentos negativos” (18.6). No grupo de praticantes as mulheres apresentam um maior destaque para as subcategorias 3.1. “Perda de saúde” e 3.5. “Sentimentos negativos” (6.8%) já os homens destacam a subcategoria 3.5. “Sentimentos negativos” (22%).

Tabela 8. *Categoria 3 - Fase negativa da vida*

3. Fase negativa da vida (perdas)	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3.1.Perda de saúde física	1	1.7	1	1.7	4	6.8	2	3.4	8	13.5
3.2.Perda psicológica	1	1.7	4	6.8	1	1.7	2	3.4	8	13.5
3.3.Perda de mobilidade /aut.	4	6.8	3	5.0	2	3.4	1	1.7	10	16.9
3.4.Sentimentos negativos	5	8.5	11	18.6	4	6.8	13	22	33	55.9
Total	11	18.6	19	32.2	11	18.6	18	30.5	59	100
	30 (50.8)				29 (49.1)					

Apenas na subcategoria 3.4. “Sentimentos negativos” foram identificadas sete subsubcategorias que apresentamos na Tabela 9.

Tabela 9. *Subcategoria 3.4 - Sentimentos Negativos*

3.4. Sentimentos Negativos	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3.4.1. Finitude	0	0.0	1	3.0	0	0.0	2	6.0	3	9.0
3.4.2. Aborrecimento	0	0.0	2	6.0	0	0.0	2	6.0	4	12.1
3.4.3. Tristeza	3	9.0	5	15.1	2	6.0	2	6.0	12	36.4
3.4.3. Medo	0	0.0	0	0.0	1	3.0	1	3.0	2	6.0
3.4.4. Solidão/Abandono	1	3.0	1	3.0	1	3.0	0	0.0	3	9.0
3.4.5. Desvalorização	0	0.0	2	6.0	0	0.0	5	15.1	7	21.2
3.4.6. De fundo	1	3.0	0	0.0	0	0.0	1	3.0	2	6.0
Total	5	15.1	11	33.3	4	12.1	13	39.4	33	100
	16 (48.5)				17 (51.5)					

O sentimento mais referido foi a “Tristeza” (36.4%) mais presente nas mulheres não praticantes (10.3%) e nos homens não praticantes (17.2%) Nos homens praticantes a “Desvalorização” (15.1%) foi o sentimento mais referido.

4.2.3. Síntese e discussão dos resultados do Tema I

Na análise do tema I – Percepção do Envelhecimento, podemos constatar que o envelhecimento é percebido como fase normal da vida, fase positiva da vida e fase negativa da vida. A análise quantitativa realizada indicou-nos que a percepção negativa de envelhecimento é mais referida pelos homens, tanto no grupo de praticantes de atividade física como de não praticantes o que pode estar relacionado com o facto de a maioria (55%) referir ter problemas de saúde. O envelhecimento como fase positiva da vida, em que são apontados alguns ganhos, é mais referido pelas mulheres, essencialmente nas praticantes de atividade física. O envelhecimento visto como fase normal da vida é referido de forma idêntica tanto por homens como por mulheres quer sejam ou não praticantes de atividade física. Alguns sujeitos não apresentaram uma definição de envelhecimento.

A análise da categoria da percepção de envelhecimento como fase positiva da vida mostra claramente a existência de saúde como fator preponderante a que se associa a independência. Este resultado está de acordo com Fonseca (2014) que considera que os sentimentos das pessoas, em particular a sua ideia de felicidade nesta fase da vida está diretamente relacionada com a existência de saúde física, autonomia e vida familiar e social ativas.

No envelhecimento percebido como fase negativa da vida o discurso revela predominantemente sentimentos negativos em particular tristeza (mais presente nas mulheres e homens não praticantes) e sentimento de desvalorização mais acentuados nos homens que praticam atividade física.

Em síntese, a análise dos dados permite concluir que, no geral, o envelhecimento é visto como predominantemente negativo, mais associado a perdas do que propriamente ganhos como assinalava Baltes (1997), existe uma percepção de que as perdas resultantes das alterações físicas e cognitivas visíveis e perceptíveis não são compensadas pelos ganhos. Em contrapartida, a visão do processo de envelhecimento como uma fase normal da vida representa a aceitação e o tempo dedicado à reflexão daquilo que foi vivido tal como referia Erickson já em 1950.

Considerando a prática de atividade física os resultados indicam que o grupo de praticantes de atividade física tem mais verbalizações na percepção positiva/ boa desta fase da vida o que está em concordância com os resultados de Costa & dos Santos (2014) que afirmam que a prática de atividade física permite a autovalorização, o sentimento de pertença bem como a redução dos problemas característicos a esta faixa etária. O facto de o grupo de praticantes de atividade física apresentar maior número de verbalizações nos aspetos positivos e menor número nos aspetos negativos do envelhecimento pode estar diretamente ligado com o facto da prática de atividade física contribuir para a diminuição da possibilidade de desenvolver depressão, diminuir a ansiedade, possibilitar um maior conhecimento do corpo e maior saúde física, bem como a manutenção da independência (Bhamani, Khan, Karim & Mir, 2015).

4.3. Análise do Tema II - Aspetos positivos e negativos do envelhecimento

4.3.1. Análise qualitativa

A análise do Tema II, Aspetos positivos e negativos do envelhecimento apresenta-se no Quadro 6. Foram identificadas duas categorias 1. “Características Positivas” e 2. “Características Negativas”.

Quadro 6. Tema II - Aspetos positivos e negativos do envelhecimento

Categorias	Sub-Categorias	Sub-Subcategorias
1. Características Positivas	1.1. Aceitação do processo como algo natural	
	1.2. Conservação da autonomia/ independência	
	1.3. Conservação das capacidades cognitivas	
	1.4. Sabedoria de vida/ tolerância	
	1.5. Vontade de viver	
	1.6. Valorização pessoal	
	1.7. Boa relação/Suporte familiar	
	1.8. Boas relações sociais	
	1.9. Tempo disponível	
	1.10. Vida ativa/ atividade física	
	1.11. Estabilidade financeira	
	1.12. Experiência de vida gratificante	
2. Características negativas	2.1. Desgaste físico	
	2.2. Doença	
	2.3. Perda de mobilidade/autonomia	
	2.4. Perda psicológica	
	2.5. Auto-imagem negativa	
	2.6. Perda de amigos/relações	
	2.7. Sentimentos negativos	2.7.1. Em geral

a) Análise da Categoria 1. Características Positivas

Relativamente aos aspetos positivos do envelhecimento o mesmo pode ser visto como algo natural e com aceitação “É a gente ter que encarar que é mesmo assim” (S1). Viver essa naturalidade e superar as adversidades “O envelhecimento depende do pensamento da pessoa...” (S15). Algo que caracteriza o envelhecimento é a perda de capacidades físicas, nomeadamente motoras. Dessa forma, o sentimento de independência é muito importante para os idosos pois “Ainda vou para a minha casa sozinha...Ainda me consigo mexer” (S1). O facto de a autonomia estar ainda presente permite às pessoas ter “força para fazer as minhas coisas lá em casa. A minha autonomia ainda está presente” (S29). A conservação das capacidades cognitivas possibilita a aprendizagem contínua “Ando a aprender todos os dias” (S37). Ao longo da experiência que adquirimos vem também a sabedoria e o autoconhecimento “Somos mais tolerantes... Tem a ver claro com a sabedoria” (S6). À medida que adquirimos anos de vida adquirimos também mais tolerância para lidar com situações diárias “ É o olhar com tranquilidade para as coisas” (S31). A vontade de viver é crucial para aceitar o envelhecimento como uma fase positiva sendo que “ mesmo depois nesta idade nos aventurarmos para procurarmos melhor” (S34). A valorização pessoal é a base para uma construção de identidade saudável “Positivo é eu gostar da pessoa que sou. É eu ser uma pessoa simpática, ser divertido e ainda assim depois de velho manter isso tudo com gosto “ (S2).

As relações pessoais são muitos importantes em qualquer fase da nossa vida. Os participantes identificaram como positivo uma boa relação familiar e o seu suporte “É o convívio com a nossa família... Ver os netos e os bisnetos “ (S1). Uma família presente acaba por dar sentido a tudo aquilo que foi construído ao longo dos anos “ É ter uma família como tenho. Tenho uns filhos fantásticos” (S34).

O convívio e manter relações de amizade permite também a visão de um envelhecimento saudável pois existe valorização “É termos muitas pessoas amigas. É as amigas que conseguimos manter... O convívio com as pessoas mais novas” (S1).

A partir do momento em que temos mais tempo livre podemos dedicar-nos a nós próprios sendo que “...Já temos tempo para ir para aqui e para ali. Quando somos mais

novos estamos empregados e não temos tempo. Assim posso estar na minha casa, ajudar os filhos e os netos, ter mais tempo para nós, passear” (S18). Desta forma, o envelhecimento permite às pessoas, que estejam mais presentes na vida da família bem como mais tempo disponível para eles próprios.

Também a possibilidade de descobrir uma vida mais ativa é visto como algo positivo “É fazermos ginástica, nadar nas marchas e nos bailaricos e andar nas festas” (S19) O dedicarem-se às atividades que mais gostam faz com que se sintam constantemente ativos “ Gosto de pescar e de aproveitar isso” (S22).

Ao longo dos anos, de muito trabalho as pessoas chegam ao envelhecimento e reconhecem que a estabilidade financeira é algo a ter em conta “ É a gente ainda ter a reforma para agora aproveitar” (S29).

Sem dúvida que aquilo que se pode ter como mais relevante é toda a experiência de vida gratificante “Acumula-se experiência. Ter idade mas ter o seu juízo e com toda a bagagem que acumulou ao longo da vida faz-nos encarar a vida de uma forma diferente do que quando tínhamos 20 anos” (S13) “E as histórias que a gente tem para contar...e o conhecimento que podemos passar para as outras pessoas” (S33).

b) Análise da Categoria 2. Características negativas

O desgaste físico é uma característica do envelhecimento muito mencionada. São muitas as alterações físicas que os idosos conseguem sentir e em muitos casos “ A pessoa ainda se sente psiquicamente bem e quer fazer as coisas e muitas vezes não consegue” (S8). Atividades que antes eram feitas com facilidade, hoje, nesta fase, “trabalho que já mói mais. Começamos a ter menos força” (S27). Por consequência a pessoa acaba por ter menos atividade física e “Não ter a vontade que tinha, estar um bocado mais parado” (S40). O aparecimento de doenças é visível também nesta fase da vida onde o corpo acaba por ficar mais frágil e debilitado. Mesmo que um idoso não tenha uma doença “Os negativos é as doenças que graças a Deus não tenho mas é isso, é uma pessoa poder apanhar uma doença” (S21) acaba por ter sempre presente o medo de que as mesmas possam surgir pois uma doença acaba por ter consequências “...quando alguma doença nos pode deixar dependentes” (S34).

Ao longo dos anos somos habituados a ter a nossa independência. No envelhecimento ao surgirem alterações físicas e psicológicas a mobilidade bem como a independência das pessoas ficam em risco e desta forma causa um sentimento de “Sentirmo-nos um fardo para as outras pessoas. Já nos sentimos a dar trabalho” (S9). As

alterações físicas começam a ditar uma vida mais sedentária “ É quando a gente começa a coxear! Sem se poder mexer. Ficamos piores” (S19).

A perda psicológica também é uma característica muito visível no envelhecimento. As decisões ficam desta forma mais condicionadas “É muitas vezes não termos a capacidade de tomar decisões que devíamos tomar. Há perdas da noção da realidade e tudo isso vai trazer muitos problemas tanto para a própria pessoa como para as próximas” (S13). “É agora eu querer dizer as coisas e a minha cabeça já não ajudar” (S27). “Tenho muita experiência mas muitas vezes já nem a sei aplicar, o que temos a dizer já está a variar” (S38), “É esquecer as coisas, esqueço-me muito das coisas. Onde deixamos as coisas, esquecemos tudo” (S40).

Ao ser notórias as alterações a nível físico e psicológico também a auto-imagem acaba por ficar frágil bem como a ideia que está envolta na nossa sociedade sobre o envelhecimento “A pessoa passa a velho passa a ser um trapo. Já não fazemos nada de jeito. E nem vale a pena dizer mais nada” (S5). “A gente sendo velho não presta, pronto, acabou” (S35).

A morte é também muito presente na vida dos idosos sendo que os mesmos a mencionam como “Depois há as mortes pelo meio” (S10) e a perda de amigos e relações “Quando vamos perdendo as pessoas mais próximas” (S32).

A par de todas as características negativas mencionadas pelos participantes existe, por consequência, os sentimentos negativos nesta fase da vida “ Vejo que tudo fica mais negativo. Não consigo dizer nada de positivo (S2) ”, é o sentimento de perder “...a gente perde tudo com o passar dos anos” (S10).

Aquilo que nos espera no envelhecimento acaba por ser incerto e assim gerar nos idosos medo “ É o medo, não se sabe o que vamos passar” (S12). Também a solidão “É a solidão, é uma pessoa se sentir sozinho, é o que é” (S28), a falta de comunicação “Há alguns momentos em que a pessoa pensa em desistir. São aqueles pensamentos de tristeza e solidão. O pior da velhice é quando chegamos a uma altura e nos vemos sozinhos. E depois já nem sempre se consegue arranjar uma companhia” (S29). Em consequência à solidão surgem momentos de tristeza “ São aqueles momentos de tristeza e solidão” (S29).

Também a nostalgia por aquilo que se viveu é presente no processo de envelhecimento “É a gente pensar que viveu” (S3).

4.3.2. Análise quantitativa

Na Tabela 10 é apresentado o volume de informação obtido em cada uma das categorias do Tema II. A categoria que registou maior número de verbalizações foi a categoria 1. “Características positivas” mais referidas pelos homens. São também os homens praticantes de atividade física os que mais referem características positivas.

Tabela 10. *Tema II -. Categorias*

Categorias	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.Características positivas	21	13.5	19	12.2	18	11.5	27	17.3	85	54.5
2.Características negativas	16	10.2	19	12.2	18	11.5	18	11.5	71	45.5
Total	37	25.6	38	24.3	36	23	45	28.8	156	100
	78 (48.1)				81 (51.9)					

a) Análise da Categoria 1. Características positivas

Relativamente à categoria 1. “Características positivas” a subcategoria com maior número de verbalizações foi a 2.12. “Experiência de vida” (20%) seguida da subcategoria 2.2. “Sentimento de independência” (16.5%), como podemos observar na Tabela 11.

Nomeadamente ao grupo de não praticantes feminino o maior número de verbalização está presente na subcategoria 2.12. “Experiência de vida” (5.9%) e na subcategoria 2.7. “Boa relação/suporte familiar” (4.7%). Nos participantes masculinos não praticantes o maior número de verbalizações foi na subcategoria 2.2. “Sentimento de independência” (4.7%) e na subcategoria 2.12. “Experiência de vida” com o mesmo valor.

No grupo de praticantes o grupo feminino apresentou maior verbalizações na subcategoria 1.1. “Aceitação do processo como natural” (5.9%) e na subcategoria 2.12 “Experiência de vida” (5.9%). Os participantes masculinos apresentam um maior volume de verbalização na subcategoria 1.2. “Sentimentos de independência” 5.9% e na subcategoria 1.7. “Boa relação/suporte familiar” 4.7%.

Tabela 11. *Categoria 1 - Características positivas do envelhecimento*

1.Características positivas do Envelhecimento	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.1.Aceitação do processo como algo natural	3	3.5	2	2.3	5	5.9	3	3.5	13	15.3
1.2.Sentimento de independência	3	3.5	4	4.7	2	2.3	5	5.9	14	16.5
1.3.Conservação das capacidades cognitivas	0	0.0	1	1.2	0	0.0	3	3.5	4	4.7
1.4.Sabedoria de vida/tolerância	2	2.3	1	1.2	2	2.3	2	2.3	7	8.2
1.5.Vontade de viver	0	0.0	0	0.0	1	1.2	1	1.2	2	2.3
1.6.Valorização pessoal	0	0.0	2	2.3	1	1.2	3	3.5	6	7.0
1.7.Boa relação/suporte familiar	4	4.7	3	3.5	0	0.0	4	4.7	11	12.9
1.8.Boas relações sociais	3	3.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.5
1.9.Tempo disponível	0	0.0	0	0.0	1	1.2	2	2.3	3	3.5
1.10.Vida ativa/atividade física	1	1.2	1	1.2	1	1.2	0	0.0	3	3.5
1.11.Estabilidade financeira	0	0.0	1	1.2	0	0.0	1	1.2	2	2.3
1.12.Experiência de vida	5	5.9	4	4.7	5	5.9	3	3.5	17	20.0
Total	21	24.7	19	22.3	18	21.2	27	31.8	85	100
	40 (47.0)				45 (53.0)					

b) Análise da Categoria 2. Características negativas

Na categoria 2. “Características negativas do envelhecimento” a subcategoria com maior volume de verbalizações foi a 2.7. “Sentimentos negativos” (29.2%) seguida da subcategoria 2.4. “Perda psicológica” (22.2%), como podemos visualizar na Tabela 12.

No grupo de não praticantes as mulheres estão em concordância com o grupo no geral (9.7%) na subcategoria 2.7. “Sentimentos negativos” bem como os homens.

No grupo de praticantes as mulheres apresentam maior volume de verbalizações na subcategoria 2.3. “Perda da mobilidade/autonomia” (6.9%) e na 2.4. “perda psicológica” (6.9%) bem como na subcategoria 2.7. “Sentimentos negativos” com o mesmo valor. Os homens apresentam mais verbalizações na subcategoria 2.4. “Perda psicológica” (9.7%).

Apenas na subcategoria 2.7. “Sentimentos negativos” foram identificadas subsubcategorias que apresentamos na Tabela 13.

Tabela 12. Categoria 2 -*Características negativas do Envelhecimento*

2.Características negativas do Envelhecimento	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.1. Desgaste físico	1	1.4	3	4.2	0	0.0	2	2.8	6	8.3
2.2. Doença	1	1.4	4	5.5	1	1.4	4	5.5	10	13.9
2.3. Perda da mobilidade/autonomia	3	4.2	2	2.8	5	6.9	1	1.4	11	15.3
2.4. Perda psicológica	2	2.8	2	2.8	5	6.9	7	9.7	16	22.2
2.5. Auto-imagem negativa	1	1.4	1	1.4	1	1.4	2	2.8	5	6.9
2.6. Perda de amigos/relações	1	1.4	0	0.0	1	1.4	1	1.4	3	4.2
2.7. Sentimentos negativos	7	9.7	7	9.7	5	6.9	2	2.8	21	29.2
Total	16	22.2	19	26.4	18	25	19	26.4	72	100
	35 (48.6)				37 (51.4)					

Tabela 13. Subcategoria 2.7. - *Sentimentos negativos*

2.7. Sentimentos Negativos	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.7.1. Em geral	4	20.0	0	0.0	3	15.0	1	5.0	8	40.0
2.7.2. Tristeza	0	0.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0
2.7.3. Medo	0	0.0	0	0.0	2	10.0	0	0.0	2	10.0
2.7.4. Infelicidade	1	5.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	2	10.0
2.7.5. Solidão	1	5.0	5	25.0	0	0.0	0	0.0	6	30.0
2.7.6. Nostalgia	1	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.0
Total	7	35.0	7	35.0	5	25.0	1	5.0	20	100
	14 (70.0)				6 (30.0)					

Na subcategoria 2.7. “Sentimentos negativos” a subsubcategoria com maior volume de verbalizações foi a 2.7.1. “Em geral” 40% seguida da subsubcategoria 2.7.5. “Solidão” 30%.

O grupo de mulheres não praticantes indica a subsubcategoria 2.7.1. “Em geral” com maior relevância 20% sendo que os homens apresentam 25% na subsubcategoria 2.7.5. “Solidão”.

O grupo de praticantes de atividade física as mulheres apresentam 15% na subsubcategoria 2.7.1 “Em geral” bem como os homens com a percentagem de 8%.

4.3.3. Síntese e Análise dos Resultados

Analisando os resultados podemos constatar que são referidas características positivas e negativas do envelhecimento sendo que o maior volume de verbalizações se encontra em características positivas mais referidas pelos homens, em particular pelos que praticam atividade física.

Relativamente às características positivas o que mais se destacou foi a experiência de vida e o sentimento de independência.

Em relação às características negativas os participantes indicam especialmente sentimentos negativos com mais ênfase na solidão e as perdas psicológicas. As mulheres referem mais sentimentos negativos com valor mais elevado nas que não praticam atividade física. Os sentimentos negativos são menos referidos pelos homens praticantes de atividade física.

Os sentimentos negativos e as diferenças entre os grupos podem ser influenciados pela autopercepção negativa do envelhecimento e, também, segundo Levy e colaboradores. (2002) Com o facto da não existência da prática de atividade física pois a inatividade física acelera o aparecimento de doenças com impacto na qualidade de vida (Hirvensalo & Lintunen, 2011; Bonsdorff & Rantanen, 2011).

Em alguns participantes o facto de se compararem com os outros idosos e se perceberem com melhores capacidades permite a construção de uma visão mais positiva do envelhecimento (Pinquart, 2002).

A passagem para a reforma também é indicada como uma alteração significativa e que é vista como um sentimento de desvalorização e uma perda de identidade profissional (Alvarenga, Bitencourt & Wanderley, 2008). Alguns idosos referem que se sentem com mais tempo e com a possibilidade de dedicarem tempo a eles próprios possuindo ainda assim a sua independência financeira com a reforma, no entanto existem participantes que evidenciam sentimento de desvalorização pelo facto de não encontrarem uma ocupação

para o tempo disponível. Uma das características positivas do envelhecimento passa pelo tempo livre e pela possibilidade de convívio com os amigos e com os familiares. Vilela, Carvalho e Araújo (2006) comprovam que o facto de os idosos se centrarem na família e na, ainda, presente autonomia para realizar tarefas diárias permite que estes reajam de forma mais positiva ao envelhecimento.

4.4. Análise do Tema III - Prática de Atividade na Terceira Idade

4.4.1. Análise qualitativa

A análise do tema 3. “Prática de atividade física na terceira idade” está abaixo no Quadro 7. Foram apresentadas quatro subcategorias 3.1. “Atitude favorável à prática de atividade física”, 3.2. “Atitude desfavorável à prática de atividade física”, 3.3. “Benefícios da atividade física” e, por último, 3.4. “Dificuldades/limitações à prática de atividade física”.

Quadro 7. *Tema III - Prática de atividade física na terceira idade*

Categorias	Sub-Categorias	Sub-Subcategorias
1. Atitude favorável à prática de atividade física	1.1. Em geral	
	1.2. Atividade adaptada	
	1.3. Sem obrigatoriedade	
2. Atitude desfavorável à prática de atividade física	2.1. Desinteresse	
	2.2. Desvalorização	
3. Benefícios da atividade física	3.1. Mobilidade	
	3.2. Saúde física	
	3.3. Saúde Psicológica	
	3.4. Socialização	
	3.5. Bem-estar	
4. Dificuldades/Limitações à prática de atividade física		

a) Análise da Categoria 1. Atitude favorável à prática de atividade física

A prática de atividade física na terceira idade é um tema cada vez mais estudado quer os seus benefícios quer a opinião dos idosos sobre a mesma. Uma atitude favorável á prática de atividade física está presente nos participantes pois de forma geral a opinião é positiva “Acho que é importante” (S5) é visto como algo indispensável “ É indispensável! Esta atividade física faz muita, muita, falta. Se não fosse isso as pessoas não estavam como estão” (S16). Mesmo que as pessoas não sejam praticantes reconhecem mesmo assim que a prática é importante “Eu acho que é bom para quem faz” (S28). A prática de atividade física assume, assim, um papel de inserção na sociedade “Não podemos parar. E os benefícios são muitos. A gente não pode parar. Isto dá energia. Para o banco do jardim é que não vou. Tenho muito que fazer” (S37).

Um condicionamento no envelhecimento é o facto de, por vezes, o corpo já não corresponder a certos tipos de atividades físicas e por isso a importância de uma atividade que seja adaptada “Depende de como a coisa for feita. A pessoa pode praticar ginástica e andar a castigar o próprio corpo e isso já não ajuda. E estamos a corresponder a uma coisa contra a maré” (S27). O facto de se praticar uma atividade que não seja com obrigatoriedade é também visto como algo positivo “Gosto de fazer tudo sem obrigatoriedade” (S6).

b) Análise da Categoria 2. Atitude desfavorável à prática de atividade física

É normal que exista também, por parte dos participantes, um atitude desfavorável á prática de atividade física sendo que o desinteresse faz parte dessa atitude desfavorável “ Eu nunca gostei dessas coisas. Sempre fiz as minhas coisinhas e gosto de participar em certas atividades mas isso nunca me deu para fazer, não tinha tempo” (S9). Por vezes existe também aquela sensação de resistência no entanto “embora eu quando vou reclamo que não me apetece nada ir mas depois lá gosto muito de estar lá. Eu às vezes até digo que quando era noa só queriam que eu trabalhasse e agora só querem que me mexa” (S11).

c) Análise da Categoria 3. Benefícios da atividade física

Há benefícios percebidos pelos nossos participantes e um deles passa pela mobilidade e pela manutenção da mesma “Eu quando pratico ando mais, sinto mais desenvolvimento nos músculos. Parece que fico mais liberta” (SS22). O facto de se

manterem ativos é visto como muito positivo “Acho muito bem, porque assim as pessoas não param, é estarmos sempre ativos e termos ali uma rotina para fazer alguma coisa. Treinando as nossas capacidades de movimento” (S31). Também a saúde é influenciada pela prática de atividade física “Eu acho que faz bem à saúde, ao corpo” (S25). A prática de atividade física acaba por estimular também o convívio com as outras pessoas bem como uma distração “As pessoas sempre se distraem sempre pensam em outras coisas” (S5), “Às vezes tenho dias que estou mais cheia de coisas que vejo, nesses dias calço os tênis e lá vou eu caminhar, e volto de outra forma, parece que se foi tudo” (S16). É lá que se sentem parte de um grupo, do grupo de praticantes “Fica mais animado e tudo. E a gente fica com outra reação e convívio. Tudo se dá bem, todos se aceitam” (S39).

O bem-estar é também um fator crucial e que acaba por estar diretamente relacionado com a prática de atividade física “Sinto que vou mais animada para casa. Começo a fazer a minha vida com mais força de viver depois das aulas. Mesmo com as outras pessoas. Eu aqui com elas, eu faltando elas sentem logo a minha falta” (S20).

d) Análise da Categoria 4. Dificuldades/limitações à prática de atividade física

Na prática de atividade física são também relatadas dificuldades bem como limitações à prática de atividade física que passam por limitações físicas “Eu é que já não posso fazer por causa da minha perna” (S22) bem como a falta de prática ao longo dos anos “Se as pessoas toda a vida fizeram e tiveram uma prática constante acho que sim que devem fazer e continuar a fazer mas e não tiverem habituados não é depois de uma certa idade que se vão adaptar. A coluna pode prejudicar e pode mesmo haver coisas que não possam fazer e haver prejuízo” (S8).

4.4.2. Análise Quantitativa

No tema III, apresentado na Tabela 14, a categoria com mais volume de verbalizações é a categoria 3.3. “Benefícios da atividade física” (52.3%) sendo que esta categoria foi a mais verbalizada pelo grupo de praticantes de atividade física tanto para mulheres (14.9%) como pelos homens (22.2%).

No grupo de não praticantes as mulheres indicaram maior volume nas subcategorias 3.1. “Atitude favorável à prática de atividade física” e 3.3. “Benefícios da atividade física” (ambas com 9.3%). Os homens apresentam maior verbalização na categoria 3.1. “Atitude favorável à prática de atividade física” (7.5%).

Tabela 14. *Tema III - Categorias*

Categorias	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.Atitude favorável á prática de atividade física	10	9.5	8	7.6	8	7.6	8	7.6	34	32.4
2.Atitude desfavorável á prática de atividade física	2	1.9	3	2.8	2	1.9	1	0.9	8	7.6
3.Benefícios da atividade física	10	9.5	6	5.7	16	15.2	22	20.9	54	51.4
4.Dificuldades/limitações á prática de atividade física	3	2.8	3	2.8	3	2.8	0	0.0	9	8.6
Total	25	23.8	20	19.0	29	27.6	31	29.5	105	100
		45 (42.8)			60 (57.2)					

a) Análise da Categoria 1. Atitude favorável à prática de atividade física

Na categoria 3.1. “Atitude favorável à prática de atividade física”, como podemos observar na Tabela 15, a subcategoria mais verbalizada pelos homens e pelas mulheres foi a 3.1.1. “Em geral” (82.3%) sendo mais referida pelos não praticantes de atividade física.

Tabela 15. *Categoria 1 - Atitude favorável à prática de atividade física*

1. Atitude favorável à prática de atividade física	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.1.Em geral	8	23.5	7	20.6	6	17.6	7	2.6	28	82.3
1.2.Atividade adaptada	1	2.9	1	2.9	2	5.9	1	2.9	4	14.7
1.3.Sem obrigatoriedade	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9
Total	10	29.4	8	23.5	8	23.5	8	23.5	34	100
	18 (52.9)				16 (47.1)					

c) Análise da Categoria 2. Atitude desfavorável à prática de atividade física

Nesta categoria “Atitude desfavorável à prática de atividade física” a subcategoria mais verbalizada foi a 3.2.1. “Desinteresse” com uma percentagem de 75% em ambos os grupos, como presente na Tabela 16.

Tabela 16. Categoria 2 - *Atitude desfavorável à prática de atividade física*

2.Atitude desfavorável à prática de atividade física	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2.1.Desinteresse	2	25.0	2	25.0	1	12.5	1	12.5	6	75.0
2.2.Desvalorização	0	0.0	1	12.5	1	12.5	0	0.0	2	25.0
Total	2	25	3	37.5	2	25	1	12.5	8	100
	5 (62.5)				3 (37.5)					

Nesta categoria “Benefícios da prática de atividade física”, visível na tabela 16 a subcategoria mais verbalizada foi a 3.3.3. “Socialização” (37.5%) seguida da categoria 3.3.1. “Mobilidade” (30.3%).

No grupo de não praticantes de atividade física as mulheres apresentam mais verbalizações na subcategoria 3.3.1. “Mobilidade” (7.1%) e os homens na subcategoria 3.3.3. “Convívio/distração” (5.3%).

No grupo de praticantes as mulheres apresentaram maior volume de verbalizações na subcategoria 3.3.3. “Convívio” (10.7%) e os homens igualmente (16%).

c) Análise da Categoria 3. Benefícios da prática de atividade física

Tabela 17. Categoria 3 - *Benefícios da prática de atividade física*

3. Benefícios da atividade física	Não Praticantes				Praticantes				Total	
	M		H		M		H			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3.1.Mobilidade	4	7.4	2	3.7	5	9.2	6	11.1	17	31.5
3.2.Saúde física	1	1.8	1	1.8	2	3.7	3	5.5	7	13.0
3.3. Saúde Psicológica	0	0.0	3	5.5	5	9.2	7	13	15	27.8
3.4. Socialização	3	5.5	0	0.0	1	1.8	0	0.0	4	7.4
3.5.Bem-estar	2	3.7	0	0.0	3	5.5	6	11.1	11	20.4
Total	10	18.5	6	11.1	16	29.6	22	40.7	54	100
	16 (29.6)				38 (70.3)					

4.4.3. Síntese e Discussão dos Resultados

Em síntese, relativamente ao tema III – Pática de atividade física na terceira idade a percepção dos participantes é, na maioria, positiva em relação à prática bem como aos seus benefícios.

A atitude mais favorável à prática de atividade física está mais presente nos praticantes, no entanto, é referida a necessidade de uma prática ajustada às necessidades dos idosos bem como a não obrigatoriedade. É de salientar que os idosos que não praticam atividade física consideram a sua necessidade e reconhecem os seus benefícios justificando a sua não adesão devido a problemas físicos bem como ao facto de nunca lhes ter sido inculcada esse hábito enquanto eram mais novos. Na falta de capacidade ou de resistência à prática distanciam-se da necessidade de alterar comportamentos e crenças enraizadas. O desinteresse é assim visível através desta distanciação que possuem em relação à atividade física, sendo esta observável no grupo de não praticantes.

Os benefícios percecionados pelos praticantes são muito bem definidos e explicitados pois são hábitos que estão presentes no dia-a-dia destas pessoas.

Os resultados indicam que apesar dos participantes reconhecerem os benefícios da prática mesmo assim não aderem à mesma pois a maioria das pessoas idosas não pratica atividade física (Westerterp & Meijer, 2001). Existem limitações à prática de atividade física como as alterações corporais, resistência à mesma e o pensamento de que se não praticaram em jovens não é nesta faixa etária que o vão fazer (Du e colaboradores., 2015).

Uma das razões que leva à inexistência da prática de atividade física é a presença de percepção negativa do envelhecimento e o que está muito presente neste estudo (Chalabaev e colaboradores., 2013). O grupo de praticantes indicou, na maioria, mais benefícios percebidos pela prática de atividade física visto que, os mesmos, o podem vivenciar pois o exercício físico permite a valorização pessoal, sentimentos de pertença a um grupo (Santos, 2014) pois a prática em grupo revela-se um momento de partilha de experiência, afetos, amizade e interação (Lima & Duarte, 2016).

5. Conclusão

O envelhecimento assume-se como um grande desafio atual na nossa sociedade devido ao impacto do mesmo na vida das pessoas e da sociedade em geral. A questão do envelhecimento prende-se com questões sociodemográficas, e também, com a percepção que a sociedade e os idosos constroem sobre esta fase da vida. Esta fase não deve ser

encarada como a diminuição das funcionalidades, mas como um processo multifacetado, uma reação à mudança, à doença e ao meio que encaminha para um conjunto de mudanças e autopercepções.

Considerando os objetivos definidos para este trabalho pretendíamos num primeiro momento conhecer a percepção dos idosos acerca do que é o envelhecimento, os aspectos positivos e negativos e verificar possíveis diferenças ao nível do género e também serem ou não praticantes de atividade física.

No que se refere à percepção sobre o envelhecimento o nosso estudo permitiu-nos constatar que o envelhecimento é percebido como fase normal da vida, fase positiva da vida e fase negativa da vida. A percepção negativa de envelhecimento é predominante e está mais presente nos homens, tanto no grupo de praticantes de atividade física como de não praticantes o que pode estar relacionado com o facto da maioria referir ter problemas de saúde. O envelhecimento como fase positiva da vida, em que são apontados alguns ganhos, é mais referido pelas mulheres, essencialmente nas praticantes de atividade física. O envelhecimento visto como fase normal da vida é referido de forma idêntica tanto por homens como por mulheres quer sejam ou não praticantes de atividade física. Os resultados que obtivemos vão de encontro aos encontrados noutros estudos dado que o envelhecimento é visto como um fenómeno multidimensional e complexo influenciado pelo estado de saúde física e psicológica, por memórias, experiências anteriores em termos de ganhos e perdas, estando dependentes de maior ou menor satisfação com a vida, integridade, nível de atividade, grau de independência e enquadramento familiar e social. As diferenças entre os sujeitos resultam da variação ao nível do que é vivido e sentido por cada um, sendo relevante para além da genética, os estilos de vida e o estado de saúde, a que se podem associar fatores de risco como estatuto socioeconómico e os níveis de instrução que é baixo na maioria dos sujeitos participantes neste estudo. Os estilos de vida saudáveis incluem a prática regular de atividade física, determinando um envelhecimento mais ativo que envolve uma expectativa de vida mais saudável e bem-sucedida.

Os resultados revelam, ainda, apesar da percepção predominantemente negativa sobre o envelhecimento, a referência constatar a características positivas e negativas do envelhecimento sendo as características positivas mais referidas pelos homens, em particular pelos que praticam atividade física. Em relação às características negativas os participantes indicam especialmente sentimentos negativos com mais ênfase na solidão e as perdas psicológicas. As mulheres referem mais sentimentos negativos do que os

homens mas, as que praticam atividade física, mostram uma visão de envelhecimento mais positiva e menos referência a sentimentos negativos.

Neste estudo tínhamos também como objetivos conhecer a perspetiva dos idosos sobre a prática de atividade física em idades mais avançadas, identificar aspetos positivos e negativos na prática de atividade física pelos idosos e identificar diferenças ao nível da perceção sobre o envelhecimento considerando o género e serem ou não praticantes de atividade física.

Em síntese, a maioria dos participantes mostra-se favorável à prática de atividade física e evidencia os seus benefícios. A atitude mais favorável à prática de atividade física está mais presente nos sujeitos praticantes embora considerem que essa prática deve ser ajustada às suas necessidades e que não pode ter um carácter obrigatório. É de salientar que os idosos que não praticam atividade física consideram a sua necessidade e reconhecem os seus benefícios justificando a sua não adesão devido a problemas físicos ou por nunca terem integrado esse hábito quando eram mais novos.

Os benefícios percebidos pelos praticantes prendem-se com mobilidade, saúde, convívio/distração e bem-estar, aspectos também enumerados nas investigações realizadas neste âmbito e que traduzem “um estilo de vida saudável” que resulta no bem-estar da população.

Este estudo, na prática, abre portas para que sejam visíveis os aspectos positivos e negativos do envelhecimento na perspetiva dos idosos. Conhecer a perceção dos idosos sobre o envelhecimento permite-nos aceder a concepções enraizadas a partir da sua visão e experiência sobre o processo e, com isso, construir ferramentas para trabalhar no futuro. Escutar estas pessoas permite compreender as dificuldades e os limites e, assim, encaminhá-las para um processo de envelhecimento bem-sucedido. É possível trabalhar a perceção de envelhecimento com os idosos para que exista um balanço positivo entre os ganhos e as perdas.

No que se refere à prática de atividade física bem como à sua adesão antes e durante a velhice é um aspeto muito importante a ter em conta para o equilíbrio da saúde mental. O envelhecimento é mais do que “uma ruína” e tem que ser visto como “essencialmente o conhecimento da vida, onde podemos continuar sempre a aprender”.

Como limitações deste estudo apresentam-se a amostra reduzida e a dificuldade em encontrar grupos praticantes de atividade física com mais de 65 anos. Apresenta-se como desafio futuro realizar estudos futuros se possam acompanhar grupos de idosos que iniciem atividade física e estudar as alterações sentidas pelos mesmos.

Referências Bibliográficas

- Abdoli, B., Shamsipour, D. P., & Shams, A. (2010). Interactive role of personality characteristics and physical exercise on the psychosocial evolution of the elderly. *Iran journal of Aging*, 4(11), 7-15.
- Alfermann, D., & Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *Sport Psychology*, 31 (1), 47-65.
- Amado, N. M. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. (Dissertação de Doutorado). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Amagasa, S., Fukushima, N., Kikuchi, H., Oka, K., Takamiya, T., Odagiri, Y., & Inoue, S. (2017). Types of social participation and psychological distress in Japanese older adults: A five-year cohort study. *PloS ONE*, 12 (4).
- Assis, M. D., & Caldas, C. P. (2004). Aspectos sociais do envelhecimento. In A. L. Saldanha., & Caldas, C.P (Ed.), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2 a edição. Rio de Janeiro: Interciência, pp.11-26.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from behavioral sciences* (pp.1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1997). A systemic-holistic view of psychological functioning in very old-age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology of Aging*, 12, 395-409.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(1), 9. DOI:10.1186/1471-2318-7-9
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188-196.
- Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2014). Chronic Conditions in Elders in Assisted Living Facilities: Associations with Daily Functioning, Self-Assessed Health, and Depressive Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 399-404.

- Belsky, D. W., Caspi, A., Houts, R., Cohen, H. J., Corcoran, D. L., Danese, A., Harrington, H., Israel, S., Levine, M. E., Schaefer, J. D., Sugden, K., Williams, K., Yashin, A. I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2015). Quantification of biological aging in young adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(30), 4104-4110.
- Bhamani, M. A., Khan, M. M., Karim, M. S., & Mir, M. U. (2015). Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi, Pakistan. *Asian Journal of Psychiatry*, 14, 46-51.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (2001). The History of Geropsychology. *Handbook of the Psychology of Aging*, 5, 29-52.
- Bonsdorff, M. B., & Rantanen, T. (2011). Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach. *European Review of Aging and Physical Activity*, 8(1), 23.
- Busse, E. W. (1969). Theories of Aging. In E. W. Busse & E. Pfeiffer (Eds). *Behavior and Adaptation in Later Life* (pp 11-32). Boston: Little Brown.
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
- Carstensen, L.; Pasupathi, M.; Mayr, U., & Nesselroad, J. (2000). Emotion experience in the daily lives of older and younger adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Carvalho, M.J. (2002). *Efeito da actividade física na força muscular em idosos*. Dissertação Doutorado. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Chalabaev, A., Emile, M., Corrion, K., Stephan, Y., Clément-Guillotin, C., Pradier, C., & d'Arripe-Longueville, F. (2013). Development and validation of the aging stereotypes and exercise scale. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21, 319-334.
- Codina, N., Pestana, J. & Armadans, I. (2013). Physical Activity (PA) Among Middle-Aged Women: Initial and Current Influences and Patterns of Participation. *Journal of Woman & Aging*, 25(3), 260-272.
- Costa, A. P. F., & dos Santos, P. M. (2014). As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em Cuidados de Saúde Primários: implicações na atividade física dos idosos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 161-170.
- de Castro, M. R., Lima, L. H. R., & Duarte, E. R. (2016). Jogos recreativos para a terceira idade: uma análise a partir da percepção dos idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 38(3), 283-289.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

- Drag, L. L., & Bieliauskas, L. A. (2010). Contemporary review 2009: cognitive aging. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23 (2), 75-93.
- Duarte, C. P., dos Santos, C. L., & Gonçalves, A. K. (2002). A concepção de pessoas de meia-idade sobre saúde, envelhecimento e atividade física como motivação para comportamentos ativos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 23(3), 35-48.
- Dutton, K. A., & Brown, J. D. (1997). Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 139-148.
- Emile, M., Chalabaev, A., Stephan, Y., Corrion, K., & d'Arripe-Longueville, F. (2014). Aging stereotypes and active lifestyle: Personal correlates of stereotype internalization and relationships with level of physical activity among older adults. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(2), 198-204.
- Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J. S., Heo, S., Alves, H., White, S. M., Wojcicki, T. R., Mailey, E., Vieira, V. J., Martin, S. A., Pence, B. D., Woods, J. A., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 3017-3022.
- Faria, L & Marinho, C. (2004). Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 93-104.
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1 (20), 106-132.
- Fedintsev, A., Kashtanova, D., Tkacheva, O., Strazhesko, I., Kudryavtseva, A., Baranova, A., & Moskaev, A. (2017). Markers of arterial health could serve as accurate non-invasive predictors of human biological and chronological age. *Aging*, 9(4), 1280-1292.
- Fernandes, M., Wan, C., Tacutu, R., Barardo, D., Rajput, A., Wang, J., Thoppil, H., Thornton, D., Yang, C., Freitas, A., & de Magalhães, J. P. (2016). Systematic analysis of the gerontome reveals links between aging and age-related diseases. *Human Molecular Genetics*, 25(21), 4804-4818.
- Fernandez-Ballesteros, R. F. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernandez-Ballesteros, R., Caprara, M., Schettini, R., Bustillos, A., Mendoza-Nunez, V., Orosa, T., & Molina, M. D. (2013). Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 39(2), 119-131.
- Ferreira C.L., Santos L.M.O., Maia E.M.C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista Escola de Enfermagem*, 46(2), 328-334.

- Ferring, D., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C., Thissen, F., Weber, G., e colaboradores (2004). Life satisfaction of old people in six European countries: Findings from the European Study on Adult Well-being. *European Journal of Aging*, 1, 15-25.
- Fielding, R. A., Rejeski, W. J., Blair, S., Church, T., Espeland, M. A., Gill, T. M., & Kritchevsky, S. B. (2011). The lifestyle interventions and independence for elders' study: design and methods. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 66(11), 1226-1237.
- Fonseca, A. (2005). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, Self-perceptions and Exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 228-240.
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: findings from a prospective analysis of the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Journal of affective disorders*, 199, 132-138.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543.
- Gu, D., Dupre, M. E., & Qiu, L. (2017). Self-perception of uselessness and mortality among older adults in China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68, 186-194.
- Guerra, A., & Caldas, C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2931-2940.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380, 247-257.
- Hirvensalo, M., & Lintunen, T. (2011). Life-course perspective for physical activity and sports participation. *European Review of Aging and Physical Activity*, 8(13). <https://doi.org/10.1007/s11556-010-0076-3>
- Holtfreter, K., Reisig, M. D., & Turanovic, J. J. (2017). Depression and infrequent participation in social activities among older adults: the moderating role of high-quality familial ties. *Aging & Mental Health*, 21(4), 379-388.
- Huang, T. T., Liu, C. B., Tsai, Y. H., Chin, Y. F., & Wong, C. H. (2015). Physical fitness exercise versus cognitive behaviour therapy on reducing the depressive symptoms among community-dwelling elderly adults: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1542-1552.
- Hummert, M. L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5(2), 182-193.

- Instituto Nacional de Estatística. (2018) Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Consultado em 17 de Maio de 2019 file:///C:/Users/Asus/Desktop/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015.pdf.
- Jang, I. S. (2006). The leisure type, health status, self-esteem, and social support of the elderly living alone. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 20, 130–140.
- Jang, Y., Poon, L. W., Kim, S. Y., & Shin, B. K. (2004). Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 485-496.
- Kemis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73, 1569-1605.
- Kirk-Sanchez, N. J., & McGough, E. L. (2014). Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 51-62.
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 63(6), 377-385.
- Klusmann, V., Evers, A., Schwarzer, R., & Heuser, I. (2011). Views on aging and emotional benefits of physical activity: Effects of an exercise intervention in older women. *Psychology of Sports and Exercise*, 13(2), 236-242
- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16- year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24(3), 654-667.
- Laidlaw, K., & Pachana, N. A. (2009). Aging, mental health, and demographic change: Challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 601-608.
- Lerche, S., Gutfreund, A., Brockmann, K., Hobert, M. A., Wurster, I., Sünkel, U., Eschweiler, GW., Metzger, FG., & Berg, D. (2018). Effect of physical activity on cognitive flexibility, depression and RBD in healthy elderly. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 165, 88-93.
- Levine, M. E. (2013). Modelling the rate of senescence: can estimated biological age predict mortality more accurately than chronological age? *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 68(6), 667-674.
- Levy, B. C. (2008). Rigidity as a predictor of older persons' aging stereotypes and aging self-perceptions. *Social Behaviour and Personality*, 36(4), 559-470.
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviours influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39, 625-629.
- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57(5), 409-417.

- Levy, B. R., Pilver, C. E., & Pietrzak, R. H. (2014). Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted. *Soc Sci Med*, 119, 170-174.
- Lima, A., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807.
- Lima, C. K. G., & Murai, H. C. (2005). Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. *Rev Enferm UNISA*, 6, 15-22.
- Lima, P. (2017). *Envelhecimento Bem-Sucedido, Competência na Vida Diária e Recursos Ecológicos - Um estudo em território mediano urbano do Município de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Llano, M., Manz, M., & Oliveira, S. (2004). Guia prático de Atividade Física na Terceira Idade: envelhecer saudavelmente (2ed). Cacém: Manz Produções.
- Lobo, A., Carvalho, J., & Santos, P. (2011). Comparison of functional fitness in elderlies with reference values by Rikli and Jones and after one-year of health intervention programs. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 51(1), 111-120.
- Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P., Yik, M. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture level associates. *Psychology and Aging* 24(4), 941-954.
- Lopes, L. M. P. (2007). Envelhecimento ativo: uma via para o bem-estar. In *Forum Sociológico. Série II*, 17, 65-68.
- Lopes, M. A., de Rosso, K., R., Bonetti, A., & Mazo, G. Z. (2016). Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 38(1), 76-83.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 649-657.
- Marques, A. F. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Maslow, A. L., Price, A. E., Sui, X., Lee, D. C., Vuori, I., & Blair, S. N. (2011). Fitness and adiposity as predictors of functional limitation in adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(1), 18-26.
- Mazo, G. Z., Cardoso, F. L., & de Aguiar, D. L. (2006). Water gymnastics program for elderly: motivation, self-esteem and self-image. *Brazilian Journal of Kinanthropometry and Human Performance*, 8(2), 67-72.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press.

- McMullin J. A., & Cairney J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 75–90.
- Meier, L. L., Orth, U., Denissen, J. J., & Kühnel, A. (2011). Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality*, 4, 604-612.
- Meurer, S. T., Benedetti, T. R. B., & Mazo, G. Z. (2011). Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 16(1), 18-24.
- Montepare, J. M., & Lachman, M. E. (1989). “You’re only as old as you feel”: Self perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4(1), 73-78.
- Mota, J. & Sallis, J.F. (2002). *Atividade Física e Saúde: Factores de Influência da Atividade Física nas Crianças e nos Adolescentes*. Porto: Campo das Letras.
- Navabinejad, S. (2008). Gender and self-esteem. *Journal of Research and Women’s Studies*, 2(3), 4-13.
- Ng, S. W., & Popkin, B. M. (2012). Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obesity Reviews*, 13(8), 659-680.
- Nosek, M., Hughes, R., Swedlund, N., Taylor, H., & Swank, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1737-1747.
- Oliveira, N. S., de Souza, T. S., de Alencar, F. S., Oliveira, G. L., Ferreira, N. B., & de Alencar, J. S. (2014). Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. *Id On Line Revista de Psicologia*, 8(22), 49-83.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Consultado em 12 de Dezembro de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2013). Definition of an older or elderly person. Consultado em 23 de Novembro de 2017 de <https://pt.scribd.com/document/190077600/WHO-Definition-of-an-Older-or-Elderly-Person>.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Consultado em 12 de Dezembro de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Paterson, D. H., & Warburton, D. E. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 38.

- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paul, M. C. (1996). *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em Meios Urbanos*. Braga, Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology*, 56, 195-213.
- Pinto, P. F., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2007). Envelhecimento activo e estilos de vida saudáveis: a actividade física. In *Forum Sociológico. Série II* (17).
- Pordata. (2017). Consultado em 12 de Novembro de 2017. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Ramalho, J. R. D. O., Lima-Costa, M. F., Firmo, J. O., & Peixoto, S. V. (2011). Energy expenditure through physical activity in a population of community-dwelling Brazilian elderly: cross-sectional evidences from the Bambuí cohort study of aging. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 399-408.
- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychology Science*, 4(4), 99-104.
- Robertson, D. A., & Kenny, R. A. (2016). “I’m too old for that”- the association between negative perceptions of aging and disengagement in later life. *Personality and Individual Differences*, 100, 114-119.
- Robertson, D. A., Savva, G. M., & Kenny, R. A. (2013). Frailty and cognitive impairment—A review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 840–851.
- Robertson, D., King-Kallimanis, B., & Kenny, R. (2015). Negative perceptions of aging predict longitudinal decline in cognitive function. *Psychology and Aging*, 31(1), 71-81.
- Ron, P. (2007). Elderly people’s attitudes and perceptions of aging and old age: The role of cognitive dissonance. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 656-662.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rugbeer, N., Ramklass, S., Mckune, A., & van Heerden, J. (2017). The effect of group exercise frequency on health related quality of life in institutionalized elderly. *The Pan African Medical Journal*, 24, 26-35.
- Salovey, P. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.
- Santos, D. A., Silva, A. M., Baptista, F., Santos, R., Vale, S., Mota, J., & Sardinha, L. B. (2012). Sedentary behavior and physical activity are independently related to functional fitness in older adults. *Experimental Gerontology*, 47(12), 908-912.

- Sarkisian, C. A., Ron, D. H., & Mangione, C. M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1837-1843.
- Schaie, K. W., & Baltes, P. B. (Eds.). (1973). *Life-span developmental psychology: Personality and Socialization*. Academic Press.
- Schilling, J. (2006). On the pragmatics of qualitative assessment: Designing the process for content analysis. *European of Psychological Assessment*, 22, 28-37.
- Serpa, S. (1993). Atividade física e benefícios psicológicos: uma tomada de posição. *Horizonte*, 58, 154-156.
- Shahbazzadegan B, Farmanbar R, Qanbari A, Atrkareroshan Z, Adib M. (2009). The relationship between social factors, economic and self-esteem of elderly in nursing home residents in Rasht. *Journal of School of Nursing and Midwifery of Guilan*, 19(62), 21–27.
- Silva, A. S. (2008). Influência da idade, do género e da fé religiosa no bem-estar subjetivo de adultos idosos (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade de Lisboa/ Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Silva, L., Farias, L., Oliveira, T. & Rabelo, D. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 119-140.
- Singh, S., & Bajorek, B. (2014). Defining ‘elderly’ in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharmacy Practice*, 12(4), 489.
- Siqueira, M. M. & Padovan, V. A. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-2019.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.
- Taraldsen, K., Chastin, S. F., Riphagen, I. I., Vereijken, B., & Helbostad, J. L. (2012). Physical activity monitoring by use of accelerometer-based body-worn sensors in older adults: a systematic literature review of current knowledge and applications. *Maturitas*, 71(1), 13-19.
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*. 90 (1059), 26-32.
- Vilela, A. B. A., Carvalho, P. A. L., Araújo, R. T. (2006). Envelhecimento Bem-Sucedido: representação de idosos. *Saúde.Com*, 2, 101-114.
- Walker A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55, 121–139.
- Warburton, D.E.R., Nicol, C.W., & Bredin, S.S.D. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809.

- Westerterp, K. R., & Meijer, E. P. (2001). Physical activity and parameters of aging: a physiological perspective. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(2), 7-12.
- Wurm, S., Benyamini, Y., 2014. Optimism buffers the detrimental effect of negative selfperceptions of ageing on physical and mental health. *Psychol. Health* 29 (7), 832–848.
- Zamora-Macorra, M., de Castro, E. F. A., Ávila-Funes, J. A., Manrique-Espinoza, B. S., López-Ridaura, R., Sosa-Ortiz, A. L., Shields, PL., & del Campo, D. S. M. (2017). The association between social support and cognitive function in Mexican adults aged 50 and older. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68, 113-118.

Anexos

Anexo 1. Pedido de Autorização do Estudo



O meu nome é Flávia Freire Barros, sou aluna de Mestrado em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Educação e o pedido que vos passo a apresentar surge no seguimento da realização da minha Dissertação de Mestrado. A investigação que estou a desenvolver está a ser orientada pela Professora Doutora Maria Elisa Chaleta e é intitulada de “Perceção de Envelhecimento pelos Idosos – Autoestima, Atividade Física e Bem-Estar”.

O estudo será realizado com uma amostra de 60 idosos não institucionalizados, com mais de 65 anos, sendo metade praticante de atividade física (15 do sexo masculino e 15 do sexo feminino) e metade não praticante (15 do sexo masculino e 15 do sexo feminino). De salientar que o número da amostra pode aumentar no caso de existirem mais participantes disponíveis.

A investigação envolve uma componente qualitativa para identificar a perceção dos idosos sobre o seu próprio envelhecimento e uma componente quantitativa para avaliar a autoestima e o bem-estar. Neste caso os instrumentos a utilizar serão o Mini Mental State Examination (MMSE), a Escalas de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida (EBEP-R) e a escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale).

Depois de lido e assinado o Termo de Consentimento Informado, a bateria de testes será hétero-administrada caso a caso, por razões instrumentais e ético-deontológicas e organizada da seguinte forma. Primeiro, administrar-se-á o Mini Mental State Examination e os idosos que apresentarem défice cognitivo serão excluídos da amostra. Para os idosos que não apresentarem défice cognitivo, será feita a administração do Questionário Sociodemográfico, seguido dos outros instrumentos com tempo de duração aproximada de cinquenta minutos por participante.

Tendo conhecimento do vosso programa de Atividade Física com Idosos, considero que seria uma mais-valia a vossa colaboração na recolha de amostra garantindo, desde já, que mencionarei a vossa participação bem como a partilha de posteriores resultados, salvaguardando a identidade dos participantes assim como é assegurado que não existem quaisquer represálias em caso de desistência.

30 de Janeiro, de 2017

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be a name or set of initials.

Anexo 2. Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu _____ declaro que aceito participar, voluntariamente, na investigação realizada pela aluna Flávia Barros, no âmbito da sua tese de mestrado, na área de Psicologia da Educação. Fui informado de que a minha participação inclui a resposta a breves perguntas sobre o envelhecimento e a prática de atividade física que serão gravadas. A informação obtida será apenas para a utilização no contexto do estudo. A aluna assegura o anonimato e a confidencialidade dos dados que serão recolhidos sendo que os resultados obtidos serão meramente utilizados para fins do trabalho académico.

Assinatura: _____

Anexo 3. Ficha sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

Data: ____/____/____

Nome: _____

Idade: _____

Género: _____

Localidade: _____

É praticante de Atividade Física? Sim____ Não____

Que tipo de Atividade pratica? _____

Há quanto tempo pratica Atividade Física? _____

Tem alguma problema de Saúde? Sim ____ Não ____ Qual? _____

